

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

POSTGRADO DE PEDIATRÍA

**ESTUDIO COMPARATIVO PARA EVALUAR LOS NIVELES DE
ANSIEDAD ENTRE LOS CUIDADORES PRIMARIOS Y/O PADRES DE
NIÑOS HOSPITALIZADOS DURANTE LA PRIMERA SEMANA EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICA Y NEONATAL, DEL
HOSPITAL DE LOS VALLES EN EL AÑO 2014**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

**AUTOR
CAROLINA XIMENA MENESES CANIZARES**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. EDISON PAVON**

**DIRECTOR METODOLOGICO
DR. PATRICIO ROMERO**

QUITO, 2015

1. ASPECTOS PRELIMINARES O INTRODUCTORIOS

1.1. DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a:

Mis padres, por su amor, por su ejemplo de perseverancia que los caracteriza y que me han infundido siempre, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, y por su motivación constante; valores que me han permitido ser una persona de bien.

Estefy, Mario Andrés y Sami, mis hermanos, por compartir conmigo los aciertos y también los momentos difíciles.

Mis amigos en Cristo, quienes fueron un gran apoyo emocional durante este trayecto.

1.2. AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento para:

Dios, por haberme prodigado la vida y salud, y con su infinito amor y cuidado hoy me permite llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Mi familia, cuyo vivir me ha demostrado que en el camino hacia la meta se necesita de fortaleza y sonrisas de ánimo.

Mis amigos colegas quienes me alentaron a continuar durante el tiempo que escribía esta tesis.

Mis amigos en la Fe por todas las bendiciones recibidas en respuesta a sus oraciones.

La Universidad Pontificia del Ecuador, por abrirme las puertas de sus aulas, templo del saber.

Mis maestros, que marcaron cada etapa de mi camino universitario, transmitiéndome sus amplios conocimientos y sus sabios consejos.

1.3. TABLA DE CONTENIDOS

CONTENIDO

PAGINA FRONTAL	1
1. ASPECTOS PRELIMINARES O INTRODUCTORIOS	2
1.1.DEDICATORIA	2
1.2.AGRADECIMIENTO	3
1.3.TABLA DE CONTENIDOS	4
2. RESÚMEN Y ABSTRACT	5
2.1 RESUMEN.....	5
2.2 ABSTRACT	7
3. CUERPO DEL TRABAJO	9
3.1. INTRODUCCIÓN:	9
3.2. JUSTIFICACION:	11
3.3. OBJETIVOS:	12
3.4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	13
3.5. MÉTODOS	52
3.6. RESULTADOS	57
3.7.DISCUSIÓN	68
3.8. CONCLUSIONES.....	73
4. BIBLIOGRAFÍA.....	76
5. ANEXOS.....	

2. RESÚMEN Y ABSTRACT

2.1 RESUMEN

Introducción: La ansiedad es una reacción emocional común en la especie humana; con manifestaciones de miedo, desasosiego, preocupación, que en sí misma, no es una molestia, sino algo natural, cotidiano e inherente a nuestras vidas, es una alerta relacionada con lo que puede suceder, y quizá, sobre lo que se debe reflexionar. Sin embargo, estas reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativos en determinadas situaciones transformándose en una reacción patológica, haciendo del individuo que la padece, tan inhabilitante como cualquier otra enfermedad crónica.

Objetivos: Diferenciar los niveles de ansiedad entre los cuidadores primarios y/o padres de niños hospitalizados, al comparar la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) versus la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP) y establecer si el tiempo de permanencia junto a su hijo, el trato recibido por el personal de salud y la calidad de información recogida por el personal médico, se relacionan con los niveles de ansiedad

Muestra: El tamaño de la muestra fue de 110 padres de familia, 53 de ellos tenían a sus hijos hospitalizados en UCIN y 57 en la UCIP) del Hospital de los Valles.

Metodología: Para valorar la ansiedad se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) y adicionalmente se aplicó un cuestionario diseñado para medir la calidad de la información, el tiempo de permanencia de los padres con sus hijos y el trato recibido.

Análisis: De los 110 padres de familia encuestados en las dos unidades de cuidados

intensivos, se observó que el 95,5% (n=105) de ellos sufrieron de ansiedad mayor. De estos 48,2% (n=53) correspondieron a padres de la UCIN y 47,3% (n=52) fueron padres de UCIP. Estas diferencias fueron estadísticamente no significativas ($P < 0,05$); sin embargo los niveles de ansiedad desarrollados por los padres son realmente alarmantes, lo que nos lleva a meditar en la toma de acciones que ayuden a minimizar estos niveles de ansiedad.

Conclusiones: No existe diferencias en los niveles de ansiedad entre los padres cuyos hijos se encuentran hospitalizados en UCIN Vs UCIP.

PALABRAS CLAVES:

Ansiedad

Cuidadores primarios y/o padres

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica

2.2. ABSTRACT

Introduction: Anxiety is a common emotional reaction in the human species, demonstrating fear, unrest, and worry. Anxiety, by itself, isn't a problem, as it's a part of our daily lives. It's an alert related with things that can happen, and maybe, about what we should reflect on. However, these anxious reactions can reach excessively high levels, or they can be little adaptive in certain situations, transforming itself into a pathologic reaction, making the individual have this disorder, which is just as disabling as any other chronic disease.

Objectives: Differentiate levels of anxiety among primary caregivers and/or parents of hospitalized children, comparing the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) vs. the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) and establishing whether or not the length of stay with their child, the treatment received by the health personnel and the quality of gathered information by the medical personal is related with levels of anxiety.

Sample: The size of the sample was of 110 parents, 53 having kids hospitalized in the UCIN and 57 in the UCIP of the "Hospital de los Valles".

Methods: To evaluate anxiety, the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) was used, as well as a questionnaire designed to measure the quality of information, parents' length of stay with their children and the treatment received.

Analysis: Of the 110 parents that were surveyed in both intensive care units, it was observed that 95,5% (n=105) of them suffered from greater anxiety. Of these, 48,2% (n=53) corresponded to parents of the UCIN and 47,3% (n=52) were parents of the UCIP. These differences weren't statistically significant ($P < 0,05$); however the levels of anxiety developed by the parents are really alarming, which leads us to think about the action required to help minimize these high levels of anxiety.

Conclusions: There doesn't exist any difference of anxiety levels between parents

whose children were hospitalized in the UCIN vs. UCIP.

KEY WORDS:

Anxiety

Primary Caregivers and/or parents

Neonatal Intensive Care Unit

Pediatric Intensive Care Unit

3. CUERPO DEL TRABAJO

3.1. INTRODUCCIÓN:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en América Latina y el Caribe los trastornos de ansiedad ocupan los primeros tres lugares en la prevalencia de enfermedades mentales.²

En el Ecuador la ansiedad es el principal diagnóstico atendido en la atención ambulatoria de patologías mentales.³

Tabla N.- 1 Principales prevalencia de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe

TRASTORNO	PREVALENCIA
Uso nocivo de dependencia de alcohol	5,7
Depresión Mayor	4,9
Trastorno de Ansiedad	3,4
Trastorno obsesivo compulsivo	1,4

Elaborado por: Carolina Meneses

Este sentimiento acompaña al ser humano desde que éste se enfrentó a la primera situación de estrés, siendo vulnerable su respuesta de acuerdo a la duración e intensidad del desencadenante.⁴

Por lo que es necesario cierto nivel de ansiedad para enfrentar las diversas situaciones de la vida. De todas formas, la ansiedad puede constituirse en un estado emocional de malestar acompañada de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o en un conjunto de signos y síntomas que

acompañen a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.⁵

Se puede tener una ventaja de este trastorno, si los niveles son suaves o moderados, teniendo así un mejor desempeño de ciertas actividades; esto es, debido a que se aumenta la atención y la motivación. Pero así como tiene su beneficio también tiene su contra, cuando la ansiedad llega a ser severa, ésta puede ocasionar un deterioro total y permanente, con serias complicaciones, se puede llegar al abuso de fármacos o drogas, problemas laborales o académicos, e incluso importantes problemas personales y de relación con los demás, llegando a ser un verdadero problema económico y social.⁴

Se considera que la ansiedad es patológica cuando su presentación es irracional; esto puede ser cuando el estímulo está ausente, cuando el estímulo es mínimo, la intensidad es excesiva con relación al estímulo, o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada; teniendo como consecuencia evidente la disfuncionalidad de la persona.⁵

3.2. JUSTIFICACION:

Los hallazgos de algunas investigaciones en las unidades de terapia intensiva neonatal y pediátrica en relación a la ansiedad y los padres, justifica un estudio en nuestro ámbito para fortalecer la atención hacia nuestros pacientes. Solamente conociendo lo que ocurre con los padres en el momento en que sus hijos son hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos permitirá al personal de salud intentar comprender las manifestaciones, comportamiento y sentimientos de los padres y confrontar esta situación con la participación multidisciplinaria del pediatra, el psicólogo, enfermería y trabajo social.

Además, la motivación para la realización del presente estudio es el hecho de haber cursado durante los últimos cuatro años por diferentes casas de salud con internación en unidades de cuidados intensivo, sean neonatales o pediátricas, sumada a la observación de las diversas reacciones de los padres frente a la situación de sus hijos.

Esta investigación, entonces, permitirá construir propuestas que generen impacto durante la atención de los niños hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo neonatales y pediátricas.

3.3. OBJETIVOS:

3.3.1. OBJETIVO GENERAL:

- Diferenciar los niveles de ansiedad entre los cuidadores primarios y/o padres de niños hospitalizados, durante la primera semana, al comparar la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal versus la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica del Hospital de los Valles de la ciudad de Quito.

3.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar los niveles de ansiedad de los cuidadores primarios y/o padres de los niños hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal del Hospital de los Valles, durante la primera semana de permanencia.
- Determinar los niveles de ansiedad de los cuidadores primarios y/o padres de los niños hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátrica del Hospital de los Valles, durante la primera semana de permanencia
- Establecer si el tiempo de permanencia de los cuidadores primarios y/o padres de los niños hospitalizados durante la primera semana en las unidades de cuidados intensivos junto a sus hijos, modifica los niveles de ansiedad.
- Determinar la relación existente entre la ansiedad y la calidad y calidez de la información médica hacia los cuidadores primarios y/o padres de los niños hospitalizados durante la primera semana en las unidades de cuidados intensivos pediátrica y neonatal.

- Establecer la analogía existente entre la ansiedad y el trato proporcionado por parte del personal de salud a los cuidadores primarios y/o padres de los niños hospitalizados durante la primera semana en las unidades de cuidados intensivos tanto neonatal como pediátrica

3.4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

3.4.1. DEFINICIÓN DE ANSIEDAD:

El termino ansiedad se puede denominar como un estado emocional desagradable de tensión, incomodidad, displacer y alarma, provocado por la anticipación de un daño futuro, sensación de amenaza o peligro inminente, que puede ser externo o interno, generando alteraciones somáticas y psíquicas en el individuo.⁶

La respuesta del sujeto puede ser positiva, si adopta las medidas necesarias para enfrentar las circunstancias, o negativa (patológica), cuando lleva a reacciones irracionales y disfuncionales, la respuesta del individuo dependerá directamente de la duración e intensidad del estímulo.⁶

Por lo dicho es indispensable cierto grado de ansiedad para enfrentar las diversas situaciones cotidianas.¹

3.4.1.1. FISIOPATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD:

El nivel de ansiedad varía dependiendo del estímulo recibido, existe un nivel que es considerando normal porque permite una adecuada adaptabilidad a las situaciones cotidianas y se lo denomina “umbral emocional”. No obstante cuando el estímulo es

intenso o de larga duración el nivel de ansiedad sobrepasa el límite del umbral y surge una alteración en el modo de enfrentar las situaciones, provocando respuestas inadecuadas.

Estas respuestas son procesadas a nivel cerebral, específicamente en el sistema límbico, estructura responsable de las emociones, sentimientos y la sobrevivencia.

Tabla No.2 Principales estructuras del Sistema Límbico y su función

ESTRUCTURA	PRINCIPAL FUNCION
Corteza Prefrontal	Papel importante en la planificación de comportamientos, expresión de personalidad, toma de decisiones, adecuación del comportamiento social. Coordinación de pensamientos y acción es para cumplir metas.
Cuerpo Estriado	Principal vía de entrada de información hacia los ganglios basales. Recibe información desde la corteza
Amígdala	Procesador emocional de las señales sensoriales y de gran importancia en la supervivencia
Hipocampo	Asociado a funciones memorísticas
Hipotálamo	Coordinación de conductas esenciales vinculadas al mantenimiento de la especie y cambios vegetativos

	durante un proceso emotivo
Tálamo	Controla el sistema hormonal. Instintos básicos de sed, hambre, sueño, relaciones sexuales, etc
N. Accumbens	Es un sistema motivacional, para el comportamiento del apego.

Realizado por: Carolina Meneses

De todas las estructuras del sistema límbico destacaremos a la amígdala por su importante rol en el desarrollo de la ansiedad. La amígdala son dos estructuras subcorticales, en forma de almendra, localizadas al final de la cola del caudado correspondiente al cuerpo estriado.

La función principal de la amígdala es el procesamiento de las emociones recibidas a través de las aferencias sensoriales, coordinando así el proceso ansioso y proporciona luego el inicio de la respuesta de defensa.

La amígdala por lo tanto envía señales eferentes a diferentes estructuras cortico-subcorticales implicadas en los procesos de la emoción y ansiedad.

Así el estímulo de amenaza ingresa hacia el tálamo, que funciona como una estación de relevo y procesamiento de la información, a través de la corteza sensorial; luego es transferido a la amígdala, y desde allí se emiten proyecciones hacia las diferentes estructuras vinculadas y de cada una de ellas se emitirán señales hacia los sistemas

neurohumorales, autonómicos y al músculo estriado, provocando las diversas respuestas tanto viscerales como conductuales además del condicionamiento de recompensa, regulación de la frecuencia cardíaca y respiratoria, activación del sistema nervioso simpático, respuesta de alarma, etc.^{7, 8}

Por otro lado el núcleo coeruleus, importante complejo nuclear del sistema nervioso central, se encuentra ubicado en el tallo cerebral, bajo el piso del cuarto ventrículo, contiene la mayor cantidad de noradrenalina y está relacionado con las reacciones de alerta y ansiedad.

El estímulo estresante y los impulsos enviados del hipotálamo y en gran parte desde la amígdala, activa al núcleo coeruleus, lo que provoca la liberación de noradrenalina quien actúa como neurotransmisor. Las neuronas noradrenérgicas emiten numerosas proyecciones en forma difusa, hacia los adrenoreceptores de la misma amígdala, la corteza sensorial y motora, el tálamo, hipotálamo, hipocampo, núcleo dorsal del vago y médula espinal.⁹

Entre los principales neurotransmisores que actúan en la ansiedad tenemos: La noradrenalina, el GABA y la serotonina.

La noradrenalina es una catecolamina y el principal neurotransmisor del sistema nervioso simpático, su principal contenedor es el núcleo coeruleus.

Se forma a partir del aminoácido tirosina, la cual se transforma en Dopa gracias al efecto de la tirosina-hidroxilasa, la Dopa pierde un átomo de carbono por influencia

de la Dopa-descarboxilasa y se transforma en Dopamina y por acción de la dopamina-beta-hidroxilasa esta última se transforma en Noradrenalina.

Existe dos enzimas principales que degradan a la noradrenalina la mono amino oxidasa (MAO) y la catecol-O-metil-transferasa (COMT), juntas provocan la liberación del catabolito 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG)

Existen varios tipos y subtipos de receptores de la noradrenalina, entre los principales tenemos alfa y beta, dependiendo a cual de ellos estimule se producirán las diversas reacciones de defensa, alerta y vigilia. Esto lo hace a través de sus vías noradrenérgicas que se proyectan hacia la corteza, hipocampo, amígdala, septum, tálamo e hipotálamo por la vía ascendente. Y hacia la médula por la vía descendente.

Principales efectos de la noradrenalina son: taquicardia, taquipnea, hiperglicemia, redistribución del flujo sanguíneo con predominio hacia el músculo estriado y el área límbica en el cerebro, diaforesis, incremento de la temperatura y dilatación pupilar; siendo el objetivo principal de estos efectos el prepararse ante el peligro detectado.¹⁰

Otro neurotransmisor indispensable en los trastornos de la ansiedad es el ácido gamma-aminobutírico (GABA), se encuentra difundido por todo el sistema nervioso y tiene en forma natural un efecto inhibitorio.

Tiene dos principales tipos de receptores GABA_A y GABA_B. Se cree que los mas involucrados en el proceso de ansiedad son los GABA_A, que actúan a través de canales de cloro, provocando al ser estimulados el ingreso de iones Cl⁻ hacia el intracelular, esto provoca una hiperpolarización de la membrana neural y la

inmediata disminución de la excitabilidad celular. Siendo por tanto el GABA un inhibidor de las neuronas noradrenérgicas.

Así ante una situación de estrés que provoque ansiedad, la liberación de GABA se reduciría, quedando el sujeto a expensas de los efectos de la noradrenalina.¹¹

Por otra parte la serotonina, proviene del aminoácido triptófano, este se transforma en 5-hidroxitriptófano y al descarboxilarse a través de la dopa-decarboxilasa se convierte en la serotonina. Es sintetizada en el núcleo y terminaciones neuronales, su degradación permite la formación del metabolito ácido 5-hidroxi-indolacético y posee siete tipos de receptores y algunos subtipos.

La mayor parte de los núcleos de serotonina corresponden al complejo nuclear del rafe (NR). El sistema límbico está siendo inervado por neuronas del rafe medio. El rafe dorsal inerva al cuerpo estriado. A su vez tanto el rafe medio y dorsal envían proyecciones hacia la corteza frontal.

La serotonina participa en la producción hipofisiaria de la hormona adrenocorticotropina (ACTH), la misma que en momentos de ansiedad incrementa los niveles de cortisol. En resumen durante los procesos de ansiedad la serotonina provoca: insomnio, hipertermia, náuseas, hiperglicemia, supresión del sistema inmunológico, entre otras.¹¹

3.4.1.2. SINTOMAS DE LA ANSIEDAD

Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas, es por eso que se las puede clasificar de la siguiente manera:

3.4.1.2.1. Físicos: sensación de mareo e inestabilidad, tensión y rigidez, palpitaciones, sensación de opresión en el pecho, diaforesis, temblores. Molestias digestivas como: náuseas, vómitos, sensación de nudo en el estómago. Falta de aire, cansancio, taquicardia, hormigueo. Pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual cuando la activación neurofisiológica es muy alta.

3.4.1.2.2. Psicológicos: sensación de extrañeza o despersonalización, inquietud, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, sensación de vacío, temor a perder el control, inseguridad, celos, agobio, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En caso de que el trastorno sea más extremo, se puede llegar a tener temor a la muerte, la locura, o el suicidio.

3.4.1.2.3 De conducta: bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, dificultad para estar quieto y en reposo, impulsividad, inquietud motora. Además de presentarse estos síntomas acarrear cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal como: tensión de las mandíbulas, expresión facial de asombro, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, duda, etc.

3.4.1.2.4. Cognitivos: aumento de los extravíos y descuidos, dificultades de atención, dificultada en la concentración y memoria, preocupación excesiva, interpretaciones inadecuadas, pensamientos distorsionados e importunos, expectativas negativas, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles

desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, susceptibilidad, etc.

3.4.1.2.5. Sociales: Dificultades para iniciar o seguir una conversación, irritabilidad, a veces ensimismamiento y otras verborrea, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar opiniones propias o hacer valer los derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

Cabe recalcar que no todas las personas tienen los mismos síntomas, ni la misma intensidad en todos los casos. Se debe a su tendencia biológica y/ o psicológica, el que se muestren más vulnerables o susceptibles a unos u otros síntomas.¹²

3.4.1.3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD:

Para determinar si el comportamiento de una persona corresponde a un trastorno de ansiedad o no, se han creado manuales con criterios universales que ayudan a su diagnóstico. Entre los principales tenemos la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), creado por la Asociación de Psiquiatras Americanos (APA). Y la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La siguiente tabla muestra la clasificación de los dos criterios para este trastorno mental. Según la DSM-IV-TR. APA. Y la CIE-10. OMS:

Tabla No.3

Clasificación de los trastornos de ansiedad según la DSM-IV-TR Vs CIE-10

DSM-IV-TR	CIE-10
<p>Ataque de pánico</p> <p>Crisis ansiedad</p> <p>Crisis angustia</p> <p>Ataque de pánico</p>	
<p>Agorafobia</p> <p>Trastorno de angustia sin agorafobia</p> <p>Trastorno de angustia con agorafobia</p> <p>Agorafobia sin historia de trastorno de angustia</p> <p>Agorafobia con historia de trastorno de angustia</p>	<p>Agorafobia</p> <p>Trastorno de angustia con agorafobia</p>
Fobia específica	Fobia específica
Fobia social	Fobias sociales

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	Trastorno obsesivo-compulsivo Reacciones de estrés y trastornos de adaptación
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	Trastorno por estrés postraumático
Trastorno por estrés agudo (TEA)	Reacción de estrés agudo trastorno de adaptación trastornos disociativos
Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	Trastorno mixto de ansioso-depresivo
Trastorno de ansiedad inducida por sustancias	Otro trastorno mixto de ansiedad
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno de ansiedad infantil	
Trastorno de ansiedad por separación	

	Trastornos somatomorfos
	Otros trastornos neuróticos

Fuente: Guía de Práctica Clínica en el SNS

Elaboración: Carolina Meneses

A continuación se detallan los trastornos más relevantes de la clasificación:

3.4.1.3.1. TRASTORNOS DE PÁNICO:

La crisis de ansiedad y el temor a experimentar nuevas crisis caracterizan al trastorno de pánico, así como, una reacción de miedo o malestar intenso que se presenta de forma repentina y alcanza su máxima intensidad en cuestión de dos o tres minutos, diez como máximo acompañados de más síntomas como:

- Disnea
- Taquicardia
- Diaforesis
- Palpitaciones
- Disfagia
- Sensación de opresión o malestar en el pecho
- Inestabilidad, mareo o síncope

- Temblores o sacudidas
- Náuseas o molestias abdominales.

3.4.1.3.2. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO:

La presencia de obsesiones y compulsiones dan la característica a este trastorno. Las obsesiones son pensamientos o imágenes que se entrometen en nuestra cabeza de forma involuntaria y que no los sentimos como propios. Es frecuente que quien sufre las obsesiones las considere absurdas o descabelladas.

Dentro de este trastorno se puede tener la siguiente clasificación:

Obsesiones de tipo agresivo: Miedo a causar daño a otras personas, a uno mismo, miedo a cometer crímenes, imágenes horribles o violentas, etc.

Obsesiones de contaminación: Preocupación por la suciedad, los gérmenes, o los productos químicos, preocupación por contraer enfermedades, preocupación por las secreciones corporales (orina, heces, saliva), etc.

Obsesiones de contenido sexual: Miedo a vivir con angustia por tener pensamientos sexuales perversos o prohibidos, a ser homosexual, pedófilo o a cometer incesto.

Otros tipos: Miedo a no recordar o pensar correctamente, necesidad de coleccionar cosas inútiles, a no hablar, necesidad de orden, exactitud, etc.

Las compulsiones por otra parte vienen a ser conductas o actos mentales, repetitivos,

e intencionales que el sujeto se ve impelido a realizar, por lo general en respuesta a una obsesión, cuyo objetivo principal es reducir el malestar y evitar que ocurra el daño anticipado, objetivamente improbable, para sí mismo o para los demás.^{13 y 14}

3.4.1.3.3. ESTRÉS POST TRAUMÁTICO:

La exposición a vivencias de situaciones fuertes físicas o mentales (accidentes, violación o maltrato verbal), puede provocar lo que denominamos el trastorno por estrés postraumático. Este trastorno consiste en volver a recordar voluntariamente o no la tragedia a la que se sobrevivió. Incluso algún lugar o persona nos puede recordar el trauma sufrido y desencadenar en un estado de ansiedad intenso largo y duradero.

La reacción que se produce en la persona que sufre el trastorno puede ser no hablar más del suceso, evita cualquier actividad que le recuerde el hecho o incluso personas que le recuerden.

Se puede llegar a sentir con embotamiento afectivo, alejamiento de los demás, disminución de interés y placer por las cosas agradables de la vida y dificultad para sentir intimidad, ternura y deseo sexual, pensar que la vida no tiene sentido.¹³

3.4.1.3.4. ESTRÉS AGUDO:

Las características de este trastorno es igual que el trastorno por estrés postraumático, adicionada una: la duración de los síntomas. La duración del trastorno por estrés

agudo es inferior a un mes, que es el tiempo de duración del trastorno por estrés postraumático.¹³

3.4.1.3.5. FOBIA SOCIAL:

La característica de este trastorno es que suele pasar desapercibido a la persona que lo padece, hacen responsable a la propia situación social, se catalogan de tímidos. Sin embargo, la fobia social no es lo mismo que la timidez. La persona tímida puede sentir ansiedad en pocas o muchas situaciones sociales pero dicha ansiedad no llega a convertirse fastidioso.

La persona que tiene fobia social ve que la vida social es amenazante, estas situaciones le producen una ansiedad que no desaparece hasta que la situación ha pasado.

Es usual que las personas que sufren fobia social tengan miedo que los demás se den cuenta de su ansiedad y por eso evitan con todas sus fuerzas sudar, enrojecer o temblar en público.¹⁴

3.4.1.3.6. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA:

La persona que sufre este trastorno de ansiedad tiene gran facilidad para preocuparse por muchas cosas a la vez y dificultad para controlar esas preocupaciones. La persona que lo padece siempre tendrá una preocupaciones que por pequeña que sea le resulta difícil dejar de inquietarse por eso. Esta ansiedad constante se manifiesta como: dificultad para concentrarse, inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular o problemas para dormir.¹⁴

La ansiedad generalizada puede estar asociada con inseguridades y actitudes de autocríticas que son autodestructivas.

3.4.1.3.7. OTROS TRASTORNOS:

El hipertiroidismo, la enfermedad de Parkinson, la tartamudez, la anorexia y bulimia, el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría, el trastorno esquizotípico de la personalidad, pueden producir síntomas parecidos a los trastornos de ansiedad descritos. En algunos casos la enfermedad médica será la causa única de esos síntomas y en otros el trastorno de ansiedad se presentará simultáneamente con los síntomas de ansiedad.

El consumo de determinadas drogas, medicamentos o sustancias como la cafeína, puede provocar trastornos de ansiedad similares a los que hemos mencionado o incluso a veces los síntomas de ansiedad se producen como consecuencia de agentes estresantes. En este caso los síntomas de ansiedad dan lugar a lo que denominamos trastorno adaptativo con ansiedad.

3.4.1.3.8. ANSIEDAD POR SEPARACIÓN:

El trastorno de ansiedad por separación tiene una prevalencia de 2-5%. Los niños afectados muestran una ansiedad extrema ante la posibilidad o realidad de la

separación de sus padres, por tanto, evitan cualquier actividad que pudiera causarla por su ausencia o en ella. Este trastorno parece afectar por igual a niños y niñas. Los síntomas que presentan son: preocupación constante por la posibilidad de perder a su cuidador, renunciar ir a la escuela, no acostarse sin la presencia de los padres.

3.4.1.4. TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD:

La ansiedad es un mecanismo de defensa natural del ser humano que le previene de peligros reales y por esto no se puede erradicar.

Por tanto, es fundamental aprender a manejar la ansiedad de modo natural, mediante el conocimiento de los síntomas, así como, de las técnicas que permitan salir adelante en el día a día en cualquier circunstancia.

Habitualmente se prescriben fármacos ansiolíticos como las benzodiacepinas; sin embargo, debido a que el uso de benzodiacepinas a largo plazo puede crear dependencia, el alivio que proporcionan las benzodiacepinas compensa generalmente algunos ligeros efectos secundarios.

La buspirona es otro fármaco eficaz, su uso parece no acarrear dependencia física. Sin embargo, la buspirona puede tardar dos semanas o más en hacer efecto, en contraste con las benzodiacepinas, que comienzan a actuar en el plazo de unos minutos.

Para algunas personas, la psicoterapia puede ser eficaz para ayudar a comprender y a resolver conflictos psicológicos internos.

Hoy en día los psicólogos disponen de muchas técnicas para ayudar a las personas que sufren estos problemas, estos han sido probados científicamente en centros de investigación de todo el mundo y han demostrado ser eficientes para miles de pacientes.

Si bien es cierto que no todos los trastornos de ansiedad se pueden superar completamente, en todos los casos es posible hacer mucho por mejorar la calidad de vida y hacer que la vida merezca ser vivida.

3.4.2. HISTORIA DE LA PEDIATRÍA

A lo largo de la historia la humanidad, tanto en el ámbito social, cultural y de salud; fue tomando mayor responsabilidad con respecto al trato y consideración de los niños como tales, ya que antiguamente a los 7 años eran considerados y tratados como adultos. Fue en 1538, que Enrique VII en Inglaterra realiza el inicio de estadísticas en relación a los menores, al tomar registros de los nacimientos y defunciones de los mismos; lo que llevó a concienciar la atención médica en este grupo etéreo.¹⁵

Para 1769 en Londres se crea el primer dispensario para niños. Entonces en el siglo XVIII, movidos por la necesidad de dividir el trabajo para lograr una mayor eficacia y profundizar en el conocimiento y la atención infantil y, por otra parte por la influencia de factores culturales y sociales se constituyó a la pediatría como especialidad de la medicina.^{16, 17}

Desde entonces la ciencia y la medicina han progresado con el pasar de los tiempos, surgiendo además organismos como “Save the Children” que promovieron sus derechos en la declaración de Ginebra que en 1959 fue reconocida por la Organización de las Naciones Unidas.

Finalmente en 1986, el Parlamento Europeo aprobó la Carta Europea de los Derechos de los Niños y Niñas Hospitalizados.¹⁸

Entre los principales derechos indicados en esta carta tenemos:

1. Derecho a estar acompañado/a de su padre o su madre

2. Derecho a que su padre y/o su madre reciban toda la información sobre la enfermedad y el bienestar de su hijo/a.
3. A que su padre, madre o las personas cuidadoras reciban ayuda psicológica o social por parte de personal cualificado.
4. A contactar con su padre y/o su madre en momentos de tensión.
5. A ser tratado/a con tacto, educación y comprensión.
6. A ser atendido/a por personal cualificado que conozca sus necesidades físicas y emocionales.
7. A ser hospitalizado/a junto a otros niños y niñas
8. A disponer de estancias en el hospital que cumplan con las normas de seguridad, y estén equipadas con el material necesario para que los niños y las niñas puedan ser atendidos.¹⁸

3.4.2.1. DEFINICION DE PEDIATRÍA

La palabra pediatría se deriva del griego paidos que quiere decir “niño” e iatrea que significa “curación”. Por lo tanto Pediatría es una disciplina rama de la medicina que se encarga de la salud durante los años de la infancia.¹⁹ También se encarga del desarrollo y crecimiento de lactantes, niños y adolescentes y sus posibilidades para desarrollarse plenamente como adultos.²⁰

Los principales objetivos de la pediatría son: Apoyar al adecuado desarrollo del niño, contribuir a la prevención de enfermedades y dado el caso de que estas aparezcan,

combatirlas. Por lo tanto y considerando la amplitud del concepto de salud, la pediatría estudia al niño en su totalidad (sano y enfermo), debiendo preocuparse tanto de las enfermedades como de los factores sociales, psicológicos y ambientales que influyen en la salud del niño, así como por el bienestar de sus familias.

Este trabajo exigirá que el pediatra mantenga de forma indispensable la permanente participación de la familia, principalmente los padres, con un programa educativo dirigido hacia ellos, mediante el cual puedan involucrarse de forma activa en la salud de sus hijos. Dado esto resulta imposible separar la pediatría de la familia.

3.4.2.2. ESTADÍOS DE LA PEDIATRÍA:

La pediatría abarca el periodo desde el nacimiento hasta la adolescencia, pudiéndose distinguir varios estadios durante el desarrollo del niño hasta su adolescencia.²¹

- Recién nacido (0-7 días)
- Neonato (7-29 días)
- Lactante (lactante menor 1-12 meses de vida, lactante mayor 1-2 años)
- Preescolar (2-5 años)
- Escolar (5-10 años)
- Pre-adolescente (10-12 años)

- Adolescente (12-18 años)

3.4.3. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI):

La Unidad de Cuidados Intensivos es una instalación dentro del área hospitalaria, que proporciona atención médica y de especialidad, en situaciones en la que la vida del paciente se debate entre la vida y la muerte, y que sea susceptible de recuperación. Por lo tanto requieren una monitorización constante del paciente con personal especializado y tecnología de alta complejidad.

En lo que respecta a los niños y/o adolescentes las unidades de cuidados intensivos tomarán el nombre de unidad de cuidados intensivos pediátrica o neonatal, dependiendo de la edad del paciente.

Por lo tanto cuando un niño y/o adolescente requiere ingresar a las UCI se deberá a que su estado de salud se encuentra crítico; condición que significará una situación desagradable para los padres de estos niños y su respuesta además dependerá del diagnóstico y pronóstico de su hijo.²²

3.4.3.1. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN):

La UCIN corresponde al tronco robusto fruto de los esfuerzos de la neonatología; es un ambiente terapéutico, con una colección de aparatos tecnológicos de alta complejidad, y un equipo multidisciplinario de profesionales que se guía por protocolos específicos logrando a diario importantes innovaciones técnico-

científicas.²³

El área posee una infraestructura adaptada para los recién nacidos, incubadoras y/o cunas térmicas que mantienen la temperatura corporal, cuentan también con ventiladores o respiradores, monitores de signos vitales, oxígeno, etc.²³

Las UCIN de la actualidad en términos generales son agresivas, y el pequeño paciente en un ambiente de alta tecnología, a pesar de sus incuestionables ventajas, debe sobrellevar su primera etapa vital abrumado por el estrés.²⁴

Para Avery la UCIN ha pasado de ser la silenciosa, simple y apacible unidad para prematuros, y se ha transformado en una “estación espacial” bulliciosa. Con mucha frecuencia está inundada por una luz brillante y viva con actividad durante toda la noche. Una luz para realizar algún procedimiento, alumbra al recién nacido, un respirador, un monitor multicanal, bombas intravenosas y un módulo de oxígeno transcutáneo. Tiene el pecho cubierto con electrodos y las sondas entran en su cuerpo y salen de él en varios puntos. De ocho a doce cables eléctricos, tomas de oxígeno, sonda de aspiración están empotrados en la pared. Hay una bolsa de reanimación en la cabecera de la cama por si el niño deja de respirar. Las alarmas suenan, grupos de personas se mueven de modo diligente y empujan máquinas grandes entre las incubadoras. A pesar de toda esta complejidad, la necesidad final es la calma y la simplicidad.²³

Cuentan además con una política de visitas para ayudar a proteger al neonato de la exposición innecesaria a gérmenes e infecciones. Concepto que en la actualidad se ve necesario modificarlo.

3.4.3.1.1. Neonato.- Se denomina neonato al producto de la concepción que

nace vivo desde el día 0 de vida hasta los 28 días.

Este ciclo de vida es el más violento, en términos de los cambios que ocurren en tiempos cortos y en cómo repercuten en la adaptación del recién nacido, es cuando se pueden presentar hechos críticos y pueden desembocar en consecuencias muy determinantes para el resto de la vida del recién nacido.

3.4.3.2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP):

Las UCIP forman parte de la pediatría desde 1955. Y fue creada con el propósito de mantener la vigilancia continua y el tratamiento inmediato de los niños a partir del mes de edad que presentan trastornos de las funciones vitales que ponen en peligro su vida.²⁵

Cada unidad tiene que cumplir con estándares y normas tanto funcionales, estructurales y organizativas que aseguren que la atención proporcionada a los niños en condiciones críticas, sea segura, de calidad y eficiente. Debe ser una zona diferenciada y con acceso controlado.²⁶

Entre las diferentes causas que pueden llevar a un niño a la unidad de cuidados intensivos tenemos:

- Infecciones graves
- Patologías respiratorias
- Postquirúrgicos

- Trauma
- Cáncer
- Quemaduras

El equipo que atiende en la unidad de cuidados intensivos, será un equipo especializado de profesionales de la salud: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal de fisioterapia y rehabilitación física; quienes brindarán una asistencia multidisciplinaria las 24 horas del día al niño gravemente enfermo.

Dentro de las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 se encuentra la de reducir en dos tercios la mortalidad en los niños menores de 5 años hasta el 2015.

Con este antecedente y en vista de que la estrategia del organismo no prometía ayudar con la meta propuesta; en el 2012 se vio indispensable fortalecer la medicina crítica pediátrica.^{27,28}

En la actualidad y gracias a los avances de la tecnología se ha logrado bajar sustancialmente la mortalidad infantil. Sin embargo estos importantes logros nos ha hecho olvidar el lado humano de los cuidados intensivos pediátricos.

3.4.4. INTERACCIÓN PADRES O CUIDADORES PRIMARIOS CON SU HIJO HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

3.4.4.1. EL NEONATO EN UCIN:

Cada recién nacido difiere de otro dependiendo en gran medida de la edad gestacional, su condición de salud, los cuidados proporcionados, la medicación que reciba, etc.

Al recién nacido prematuro se lo debe considerar de acuerdo a su nivel de desarrollo alcanzado y ajustado a su entorno particular. Así el organismo de un recién nacido prematuro, se encuentra en constante interacción interna de todos sus órganos y sistemas, además de un continuo intercambio con el ambiente que lo rodea.

Por lo tanto el considerar el comportamiento del bebé prematuro nos mostrará cuales son sus capacidades y necesidades particulares, así como permitirá determinar las áreas que requieren de mayor soporte.

Existen tres sistemas importantes de observación: autónomo, motor y estado de alerta

En el último sistema o de estado, se observa diferencias entre el niño a término y el pretérmino. En el caso del neonato a término, es posible observar seis estados de conciencia, a diferencia que en el neonato prematuro se han descrito trece estados. Estos se agrupan en: estados de sueño, de transición, de vigilia y de llanto. La capacidad de poder pasar por los diferentes estados en forma adecuada y ordenada, muestra el grado de madurez que va adquiriendo el sistema nervioso central y viceversa.

La meta de los profesionales de salud en las unidades de cuidados intensivos por lo tanto además de tratar la patología de base, debe ser la de alcanzar el equilibrio en estos distintos sistemas, así como armonizar las demandas internas y del entorno.

El entorno de un recién nacido además del amplio aparataje arriba mencionado provee un estímulo de alta intensidad para la inmadurez de sistema nervioso central de un neonato, considerando que entre las 24 y 40 semanas se produce considerables cambios fisiológicos a nivel cerebral. Entre estos estímulos tenemos procedimientos agresivos frecuentes, manipuleo excesivo, interrupción del sueño, medicamentos orales repugnantes, ruido y exceso de luz

Por lo tanto quienes se encuentran al cuidado de un neonato deben ser capaces de identificar los momentos y el tipo de estímulo, si este es apropiado, es decir favorece al equilibrio y la integración de los distintos sistemas, o son considerados una sobrecarga que ocasionará un efecto disruptivo en esta organización.

Un estímulo propicio para el desarrollo de un recién nacido siempre será la presencia paternal, ya que ellos, al estar bien direccionados, brindarán caricias, abrazos, besos al niño; lo que establece una interacción nutritiva en el proceso de maduración de sus diversos sistemas con especial mención en el sistema nervioso central.

Por lo tanto el conocimiento de las necesidades de un organismo tan frágil como es un recién nacido, nos lleva a analizar la importancia de la influencia ambiental sobre el desarrollo del neonato hospitalizado; así como la responsabilidad que en el tema recae sobre el personal de salud que lo atiende, al ser capaces de evitar estímulos nocivos como ruidos, luz intensa e innecesaria, manipulación excesiva, llanto no atendido, interrupción del sueño, entre otras y por otro lado al proporcionar estímulos que favorecen en su progresión, siendo como hemos visto el más importante, la presencia de los padres.²⁹

3.4.4.2. EL PACIENTE PEDIÁTRICO EN UCIP:

La internación pediátrica en terapia intensiva ocurre cuando la vida del niño, mayor de un mes, pasa por un momento crítico, sea debido a un proceso agudo o crónico, esta experiencia es percibida por el paciente como una situación amenazante y atemorizante, provocando alteraciones en los procesos de adaptación personal.³⁰

“El hospital es un hecho estresante en sí mismo, que implica además muchas otras situaciones nuevas estresantes, nuevos horarios, exploraciones dolorosas, pérdida del ambiente familiar, pérdida de actividades escolares, falta de estimulación social”.³¹

En el año 1958, Gellert Isabel, decía: “Para el niño el hospital es como un país extranjero a cuyas costumbres, lenguaje y horario debe acostumbrarse”.³²

En 1972, heno y Oken¹ describen una UCI como "un arsenal masivo de estímulos con un ambiente no muy diferente a la de un búnker de la guerra".³³

En la UCIP, las niñas y los niños viven una situación de aislamiento, la misma que no favorece la comunicación y llegan a sentir inseguridad y desconfianza en el personal del servicio, se sienten desprotegidos.

Esto nos muestra que el paciente pediátrico durante una hospitalización está sometido a un sin número de factores estresantes, provocando en ellos diversas reacciones ya que la niñez y adolescencia se caracterizan por una mayor vulnerabilidad somática, psicoafectiva y social, producto del propio desarrollo

humano.³⁴

La principal causa de estrés a la que el paciente pediátrico en cuidados intensivos está sometido es la separación de los padres.³⁵ A esta le siguen otras situaciones como: inserción en un medio extraño y desconocido, pérdida de control, autonomía y competencia, información escueta, limitación del espacio vital y de la movilidad, dolor e intervenciones quirúrgicas.

Cada niño va a reaccionar a las situaciones de estrés de distinta forma, dependiendo de la edad:

- Niño/a de 1 a 3 años: miedo a la separación y al abandono. Relaciona la enfermedad con una situación, circunstancia o conducta concreta.
- Más de 3 años: miedo al dolor o lesión corporal. Entiende la enfermedad como un castigo por haber hecho algo mal.
- En edades escolares: se produce un temor por la naturaleza física de la enfermedad; existe preocupación por la separación del grupo de compañeros/as y de la capacidad de mantener su relación en el grupo.
- Adolescente: se produce ansiedad en relación con la pérdida de independencia, control o identidad. También se manifiesta preocupación por la pérdida de intimidad.³¹

Por otra parte Spitz nos muestran que los niños que son privados de demostraciones afectivas durante la hospitalización, presentan imposibilidad de expresar sus

emociones, las cuales son reprimidas e interiorizadas.³⁶

Todo esto nos muestra las necesidades psicoafectivas que requiere el niño hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos y de esta forma contribuir a su adecuado desarrollo evolutivo.³⁴

En el 2008 se realizó un análisis psicográfico de 330 dibujos a niños hospitalizados en varios centros hospitalarios del Perú para determinar la experiencia y sus principales necesidades durante su internamiento. Los resultados expresados fueron:

- La necesidad de ser tratados de manera afectuosa, personalizada y de forma oportuna.
- La necesidad de que se brinde una información acerca de su enfermedad, el tratamiento y los procedimientos a realizarse, esta debe ser clara y amable.
- La necesidad de poder expresar dolor como reacción natural de su situación.
- La necesidad de que el personal de salud reconozca sus sentimientos.
- La necesidad de la presencia y participación de los padres durante este período.³⁷

Otro aspecto que vale la pena analizar es que en la mayoría de los casos los pacientes que ingresan a cuidados intensivos pediátricos no estarán consientes debido a los efectos de sedoanalgesia; sin embargo al despertar se encontrarán conectados a máquinas y tubos, en un ambiente totalmente desconocido para ellos, y en ausencia de sus padres o seres queridos, lo que provocará sentimiento de temor o peligro, además de manifestaciones fisiológicas como trastornos cardiovasculares,

respiratorias y gastrointestinales.³¹

Por todo lo dicho anteriormente es importante que en una unidad de cuidados intensivos pediátricos se opten por acciones y medidas para brindar una atención mas integral y humana.

3.4.4.3. PADRES O CUIDADORES PRIMARIOS:

Los padres tienen uno de los trabajos más importantes del mundo, es un trabajo desafiante y de tiempo completo que se instaura desde el nacimiento de su primer hijo y permanece por el resto de sus vidas. Esta responsabilidad enfrenta una serie de luchas y desafíos, pero también grandes satisfacciones. Una paternidad adecuada es necesaria para que se produzca el normal desarrollo de un niño.³⁸

Por su parte el cuidador primario es aquella persona encargada del cuidado y atención de alguien susceptible a sus atenciones, en ausencia de los padres.

En situaciones adversas como la enfermedad, el cuidador primario y/o padres soportarán por tanto la mayor parte de la carga de la asistencia del niño enfermo, ya que son ellos quienes conocen las peculiaridades de su hijo/a respecto a la enfermedad, lo que los obliga a ser las personas puentes entre el niño y los médicos.

Este rol llega a ser abrumador ya que asumen toda la responsabilidad de la enfermedad y su carga emocional va cada vez en aumento, forzando a llegar casi a su límite, más aun cuando se trata del padre o madre de niño enfermo.³⁹

3.4.4.4. INTERACCIÓN PADRES Y/O CUIDADORES PRIMARIOS CON SU HOSPITALIZADO

Las relaciones sociales comienzan en el nacimiento y se hace evidente en las interacciones diarias entre los niños, padres y maestros. Los párvulos son seres sociales con un repertorio de comportamiento que utilizan para iniciar y facilitar interacciones sociales. Los comportamientos sociales se usan para que todo el mundo comience y mantenga una relación con otros; por tanto un desarrollo social saludable es esencial para el niño. Independientemente de su carácter, todos los pequeñuelos son capaces de llevar a cabo interacciones sociales y de beneficiarse de la interacciones de los otros. Llorar es el primero de los comportamientos sociales en la infancia, atrae a los padres o cuidadores primarios y fomenta una interacción social de un tipo y duración determinados, dependiendo de la habilidad y la conciencia de la presencia y las necesidades del niño.⁴⁰

En los casos de enfermedad esta interacción se rompe, por lo que con toda seguridad la hospitalización de un hijo produce un gran impacto emocional en los padres y en sus familias, lo que les lleva a manifestar mecanismos de enfrentamiento del miedo e impotencia, reacciones como: negación, proyección e irritabilidad o enojo, explicarían el rechazo al diagnóstico, la no autorización de la hospitalización y la atribución de la responsabilidad de la enfermedad a otros o a sí mismos.⁴¹

Autores como: Hill, 1996; Coyne, 1996, 2006; Seideman et al. 1997; Noyes, 1998, 1999; Board&Ryan-Wenger, 2002, 2003; Harbaugh, Tomlinson y Kirschbaum, 2004, coinciden con que la hospitalización de un hijo es una experiencia altamente estresante.

Esta experiencia por la que pasan los padres se acompaña de incertidumbre, ya que mucho de estos aspectos escapan del control de los padres como son: el pronóstico y la posterior calidad de vida del niño cuando vuelva a la "normalidad", esto lleva a desarrollar niveles de ansiedad por sobre lo normal. Los padres sienten impotencia, no saben cuándo pueden establecer relación con el niño, ni qué contarle a los hermanos, tienen miedo de tocar los tubos y equipos de la unidad de cuidados intensivos, no saben cómo ayudar a su hijo y se muestran muy preocupados acerca del daño que puede tener su hijo.⁴²

Hospitalizar puede significar también separarse del niño, dejarlo solo, situación que para un padre es catalogada como una inmensa frustración, ellos temen por su hijo y que en su ausencia el niño no sea bien tratado, se le ignore, se olviden de proporcionarle el medicamento indicado. Temen no poder estar ni ayudar en caso de que algo falle. Temen que el niño sufra en su ausencia, e incluso que muera.

Esto trae consigo fuertes cambios en la situación de su familia, así como en la distribución de recursos, los roles, los patrones de interacción y la imagen colectiva; estos aspectos exigen todo un proceso adaptativo.⁴³ La familia adopta una forma centrípeta para “socializar” el padecimiento. Esto se refleja como un aumento en el grado de apoyo que los diferentes miembros del grupo familiar brindan al sujeto enfermo.⁴⁴ Enfrentar las circunstancias supone para la familia una oportunidad de crecimiento, madurez y fortalecimiento, como el peligro de que surjan trastornos psíquicos en algunos de sus miembros o a nivel vincular.⁴⁵

Todo pediatra debe tener en cuenta estas emociones, esto implica comprender los sentimientos de los padres, sus diversas reacciones, especialmente cuando la enfermedad se presenta como un evento inesperado y no contemplado dentro de sus

expectativas para con su hijo.⁴

3.4.4.5. IMPACTO EMOCIONAL DE LOS PADRES CON EL RECIEN NACIDO HOSPITALIZADO EN LA UCIN

Desde el primer contacto que los padres tienen con su hijo recién nacido hospitalizado en la UCIN sea por prematuridad, malformación o por alguna enfermedad que compromete su vida, los padres se inician en un camino salpicado de angustia, ansiedad, temor e incertidumbre. Y dependiendo de la relación y la interacción que realicen con sus descendientes en la primera etapa, se desarrollará los cuidados paternos posteriores, que corren el peligro de cursar con maltrato o abandono.⁴⁷

Entre las situaciones que viven los padres durante la hospitalización de su recién nacido, se encuentra el “secuestro” de su hijo, que en muchos casos no lo llegaron a conocer dada la situación emergente de salud por la que atravesó la criatura, luego al querer ver y conocer a su hijo, se encuentran con el régimen de visitas que no dependerá de los deseos de los padres, sino más bien de lo dispuesto por el equipo médico del hospital, quien se siente con toda la facultad de disponer todo tipo de exámenes y tratamientos en la gran mayoría traumáticos, a veces innecesarios y lo que es peor casi siempre sin el consentimiento de los padres. En consecuencia el niño “raptado”, pasa a ser atendido por equipos de salud en constante rotación y los padres, que si bien son reconocidos como representantes de su hijo, pasan a ser más visita que padres, se sienten forasteros; esto disminuye o anula en muchos casos las

oportunidades de desarrollar las relaciones padres-hijo. En estas condiciones el niño es colocado en una incubadora, privado del cuidado y cariño de su madre y padre, quienes verán a su hijo a través del cristal.⁴⁸

El poder establecer un apropiado vínculo afectivo madre-hijo o padre-hijo, es una de las principales dificultades por las que atraviesan las madres en la UCIN. En un estudio realizado en el Hospital San Borja-Arriarán de Chile, se observó que el 30% de las madres no pudieron establecer un contacto inmediato con su hijo después del nacimiento durante la primera semana de vida. Ello hace imposible el apego, inicio de la vinculación afectiva real madre-hijo y dificulta las visitas posteriores.

Sea por los diversos problemas de salud de un niño o por los requerimientos del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos neonatal, los vínculos afectivos son entorpecidos, y esto se exagera debido a la inmadurez neurológica de los prematuros al no poder girarse, abrir los ojos o sonreír frente a los estímulos de sus progenitores, lo que produce en ellos un sentimiento de no ser correspondidos, posteriormente tristeza y sensación de soledad e impotencia, que lleva a la ansiedad, en especial durante la primera semana de vida. Todo esto se desarrollará en medio de un ambiente inhóspito, ruidoso, sin privacidad y rodeado de máquinas, lo cual entorpecerá aún más el contacto físico de padres e hijos.⁴⁹

En el 2012 se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos: PubMed, CINAHL, Cuiden y Cochrane Library, por Pardavila Belio, en Navarra, España; en la cual se pudo identificar cuatro necesidades indispensables en las familias de cuidados intensivos: cognitiva, emocional, social y práctica.⁵⁰

A pesar de que la UCIN es enfocada para la salud de los recién nacidos hasta los 28 días de edad, es ella la que sustituye el cálido vientre materno, siendo por tanto de vital importancia realizar acciones para que los padres que viven la experiencia de tener un hijo prematuro o ingresado en la unidad, desarrollen una normal relación entre padre-hijo lo que favorecerá el desarrollo del neonato y además contribuirá a disminuir los niveles de ansiedad y depresión de los padres desarrollados durante la hospitalización de su hijo.⁵¹

En el 2002 Rossel C, Katherine analizó la carga emocional de las madres de niños prematuros y descubrió que al 79% de madres que mostraron miedo, angustia, dolor, ansiedad, etc., durante la situación vivida; y refirieron calmar estas emociones y reconfortarse al ser partícipe en el cuidado de su hijo durante su hospitalización.⁵²

Como pediatras que trabajamos en las unidades de cuidados intensivo neonatal no podemos ser indolentes frente a esta situación. Debemos siempre tener en cuenta la realidad afectiva de nuestro paciente y sus padres, para tomar medidas que sirvan como apoyo paterno, sin embargo enfrentar una crisis implica necesariamente un cambio de conducta.

Rossel propone 2 posturas: Integrar a la madre en el cuidado y apoyo sensorial de su hijo y modificar la estrategia de comunicación: enriqueciendo las instancias de diálogo al adaptar el contenido y la forma del lenguaje a la etapa afectiva en que se encuentra la madre.⁵²

La Iniciativa del Hospital Amigo del Niño (IHAN), impulsada a fines de la década de 1980 por la OMS, UNICEF y varias otras organizaciones en las maternidades de todo el mundo, propone el contacto precoz madre-hijo, la cohabitación y la lactancia

materna precoz y frecuente, además de un mínimo contacto con equipos de salud en constante rotación. Por su parte la Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales (IHCN), que se basa en la IHAN, plantea además de la lactancia natural: restringir al mínimo de tratamientos agresivos, mantener un mínimo contacto entre los niños enfermos y el equipo de salud y máximo contacto con las madres, reducir al mínimo el número de análisis y exámenes físicos.⁵³

El método canguro, iniciado en 1978 en Colombia, surge como otra alternativa de cuidado en las unidades de cuidados intensivos neonatales, ya que disminuye costos y aumenta la satisfacción materna lo que favorece la humanización del cuidado, al patrocinar que la madre y el niño no se separen.⁵⁴

En otro estudio realizado en el 2003, se les proporcionó a los padres de prematuros apoyo a través de otros padres que habían pasado por lo mismo, lo que resultó ser eficaz para ayudar a las madres a combatir con el estrés de la hospitalización de su hijo prematuro.⁵⁵

Otras situaciones además de las mencionadas por las que atraviesan los padres en la unidad de cuidados intensivos y que produce preocupación y ansiedad es tener una información y una comunicación abierta con los profesionales de la salud. Tener un lugar donde dormir y más aún si la ciudad de residencia familiar es lejana a la casa hospitalaria.

Con todo esto podemos decir que el trabajo en conjunto entre padres y los profesionales de la salud servirá para promover la salud y el bienestar de los recién nacidos vulnerables y enriquecer la perspectiva de la familia, se promoverá los resultados psicosociales positivos para disminuir los sentimientos de los padres de

estrés, ansiedad y pérdida de control, al permitir que los padres participen en el cuidado de sus enfermos.⁵⁶

La monografía Cuidado de enfermería al vínculo de apego a padres y recién nacidos, dice:⁵⁷

- Es importante que los padres sientan que el recién nacido les pertenece a ellos y no al equipo médico.
- Cuando la madre no esté en condiciones de permanecer en la UCIN, es importante involucrar al padre como puente de información entre la mamá y el recién nacido.
- Aprovechar lo más rápidamente posible el primer encuentro con los padres, con el fin de vincularlos al cuidado de su recién nacido para que ellos puedan desarrollar su deseo de cuidar y apegarse al hijo, a la vez que se contribuye a contener el avance del duelo anticipatorio.
- Dar información adecuada, haciendo claridad acerca de lo que ocurre y respondiendo las preguntas e inquietudes, describir los procedimientos que se realizan al recién nacido, por ejemplo el monitoreo, los catéteres, tubos endotraqueales, etc.
- Estimular a los padres para que ellos desempeñen un rol importante en los cuidados del niño.

3.4.4.6.IMPACTO EMOCIONAL DE LOS PADRES DEL NINO

PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO EN LA UCIP.

La internación de un niño en la UCIP producen en los padres una gran conmoción que conlleva a niveles altos de ansiedad, estos sentimientos se acompañan de manifestaciones como aislamiento, frustración, sentimientos de negación, disgusto y culpabilidad.

El ingreso inesperado de un hijo a la UCIP y la percepción del riesgo de muerte, constituyen factores que exacerban el estrés y la ansiedad.

Los padres sienten que la situación se sale de su control, su hijo deja de estar a su cuidado y pasa al cuidado de otros en un ambiente hostil por la dinámica propia de una UCIP, el acceso a su niño muchas veces es limitado, no pueden interrelacionarse como quisieran, observan a su hijo pálido, febril, inconsciente, lo que les muestra la condición de gravedad, la preocupación por el dolor y los procedimientos, tener que pernoctar lejos de casa, efectos de la situación en su trabajo, la espera de la información, el trato recibido y el alto voltaje emocional del día a día, mantienen en los padres angustia y ansiedad permanente.^{58, 59, 60}

El equipo de salud mira a los progenitores como intrusos en medio de un ambiente altamente tecnificado y no miran en ellos el apoyo que el niño necesita para su crecimiento, desarrollo y recuperación.

Este escenario desconocido produce en los padres temor, ignoran muchos de los artefactos del medio, la utilidad de los cables, equipos, vías y materiales invasivos; además, les angustia saber que su hijo esté sufriendo, sin embargo sienten que no pueden hacer nada para combatir esta situación y el espíritu de impotencia se apodera de ellos, lo que torna difícil comprender la situación a la cual se ven enfrentados.⁶¹

En este contexto es substancial dar importancia al factor emocional por el que atraviesan los padres de un niño hospitalizado en cuidados intensivos, y considerar acciones aliviadoras entre todo el equipo de salud: permitir el acceso irrestricto de los padres, hacerles partícipes en los cuidados en conjunto con enfermería, creación de grupos de apoyo, valorar la influencia del soporte social (familiares, amigos, religiosos), disposición de soporte psicológico para impulsar en ellos estrategias de afrontamiento y una adecuada relación con el personal médico, que permita un intercambio permanente, basado en la honestidad y el afecto, y que constituyan una relación sólida.⁵⁸

Esto lo lograremos con un equipo humanizado que sea capaz de entender los sentimientos paternales y comprometerse con aliviar sus preocupaciones, ser conscientes de que el paciente no les pertenece, que el niño tiene padres y familia, que los padres no buscan comodidad, sino ayudar a su hijo, que la limitación del espacio físico es una excusa que colabora para que no ingresen los padres, que la participación de los padres en el cuidado de su hijo disminuye en ellos la ansiedad o lo contrario la intensifica, que brindar un trato digno a los padres produce confianza en el personal y los impulsa a poder manifestar sus sentimientos, que todo esto colaborará con una pronta mejoría en el paciente y favorecerá la prevención de alteraciones psicológicas en las futuras etapas del desarrollo del niño hospitalizado en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y que finalmente acciones tales son un derecho del niño hospitalizado.^{62, 63 y 64}

3.5. MÉTODOS

3.5.1. TIPO DE ESTUDIO

Este trabajo de investigación es un estudio observacional, transversal, prospectivo, analítico y comparativo.

3.5.2. DEFINICION DE LA POBLACION DE ESTUDIO

La muestra de estudio constituyen los padres y/o cuidadores primarios, cuyos hijos se encuentren siendo atendidos ya sea en la UCIN o en la UCIP, durante la primera semana de hospitalización.

3.5.3. CALCULO DEL TAMANO DE LA MUESTRA

El cálculo muestral de sujetos para el presente estudio se calculó en base al total de ingresos al área de UCIP y UCIN en el 2012, datos obtenidos del archivo del Hospital de los Valles, los mismos que fueron de 178 y 169 pacientes respectivamente.

Aplicando la fórmula para el cálculo muestral queda de la siguiente manera:

$$n = \frac{z\alpha^{(2)} \times P \times Q}{e^{(2)}}$$

$$n = 384$$

Leyenda: $z=1,96$. P = Prevalencia. $Q= 1-p$. E = error 5%

Los parámetros utilizados fueron:

- El nivel de confianza: para una seguridad del 95% = 1,96
- Precisión 5%

Se realizó el ajuste muestral respectivo de acuerdo al universo de ingresos a las 2 áreas de estudio durante el 2012 quedando de la siguiente manera:

- **UCIP** = 57 sujetos
- **UCIN** = 53 sujetos

La selección del hospital se basó en que es un centro de tercer nivel, la demanda de usuarios corresponde a todas las clases sociales, ya que siendo una entidad privada, mantiene convenios con el Ministerio de Salud Pública y con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. El hospital además mantiene convenio con la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la autora realizó y aprobó los créditos académicos universitarios en este lugar.

3.5.4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

3.5.4.1. CRITERIO DE INCLUSION:

- Pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos neonatal y pediátrica con permanencia de una semana, que cuenten con cuidador primario y/o padres
- Padres y/o cuidadores primarios que no tengan antecedente patológicos personales de padecer algún tipo de ansiedad previo al estudio.
- Padres y/o cuidadores que firmen el consentimiento informado.

3.5.4.2 CRITERIO DE EXCLUSION:

- Pacientes sin cuidador primario y/o padre,
- Padres y/o cuidadores primarios que tengan antecedentes patológicos de ansiedad.
- Padres y/o cuidadores primarios que se nieguen a firmar el consentimiento informado.

3.5.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION:

Una vez que los cuidadores primarios y/o padres de los niños hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos neonatal y pediátrica, firmen el respectivo

consentimiento informado (Ver Anexo 1), se procederá a aplicar la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) (Ver Anexo 2), que es una escala de estado que valora la intensidad de la ansiedad, consta de 13 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad, y un ítem que evalúa el ánimo deprimido, cada ítem tiene una puntuación del cero al cuatro y al final se sumara la puntuación, donde de 0-5 es no ansiedad, de 6-14 ansiedad leve y mayor de 14 ansiedad moderada a grave, la escala es heteroadministrada, es decir será administrada por el clínico investigador, adicionalmente se aplicará un cuestionario diseñado para medir la variable calidad de la información médica (Ver Anexo 3).

3.5.5.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas empleados para la recolección de los datos requeridos en nuestro tema de investigación serán:

3.5.5.1.1. OBSERVACIÓN

Mediante esta técnica, se observará atentamente el hecho o caso, tomando información y registrándola para su posterior análisis, así como el comportamiento de los padres durante la entrevista.

3.5.5.1.2. ENTREVISTA

Se utilizará esta técnica para obtener los datos requeridos, consistirá en un diálogo entre el investigador y el cuidador primario y/o padre.

3.5.6 ANALISIS ESTADISTICO

El análisis de este estudio es univariado y con medidas de asociación. Se utilizó Chi cuadrado, frecuencias absolutas, media, sensibilidad y especificidad. El cálculo fue acompañado por un intervalo de confianza del 95%, en el cálculo muestral con error de precisión del 0.05%

3.6. RESULTADOS

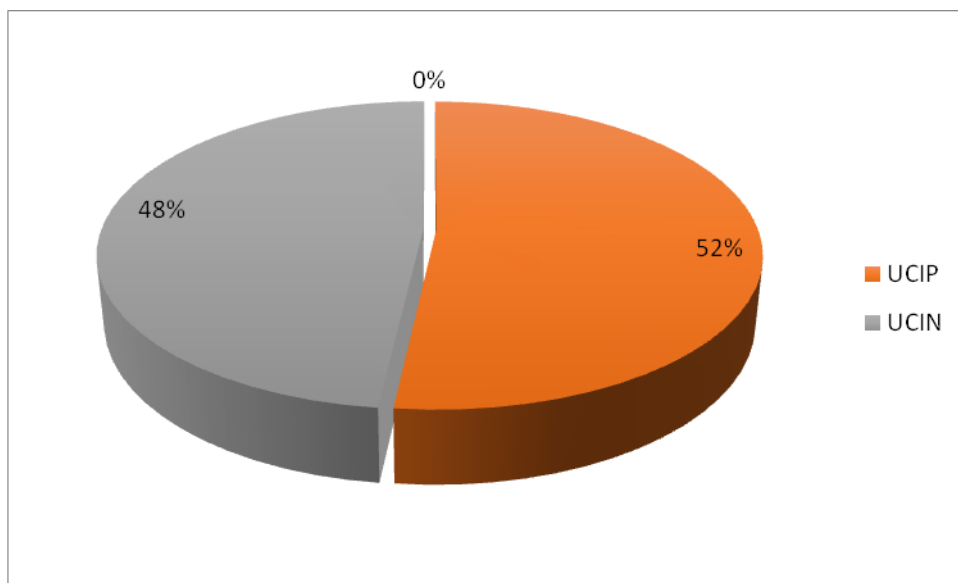
3.6.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

3.6.1.1. CARACTERISITICAS DEMOGRAFICAS

Se analizaron a ciento diez padres de familia, cuyos hijos se encontraban hospitalizados en las dos unidades de cuidados intensivos, pediátrica y neonatal del Hospital de los Valles

GRAFICO N.-1

Distribución de casos según el servicio de procedencia

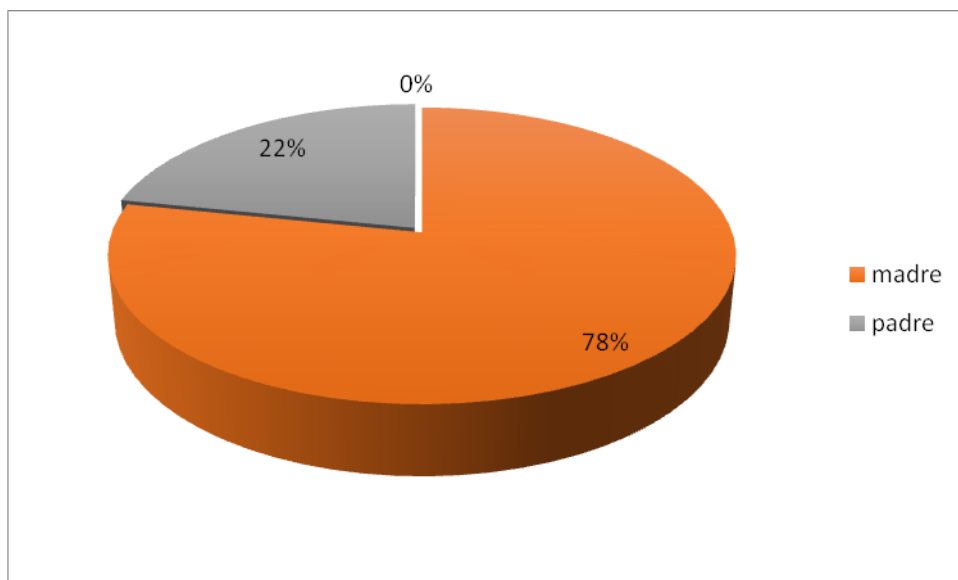


Fuente: Base de datos del estudio
Elaborado por: Carolina Meneses

Del 100 (n=110) por ciento de la muestra, el 52% (n=57) corresponde a padres de la unidad de cuidados intensivos pediátricos y el 48% (n=53) a padres de la unidad de cuidados intensivos neonatal

Gráfico N.- 2

Distribución de casos según el género de los padres



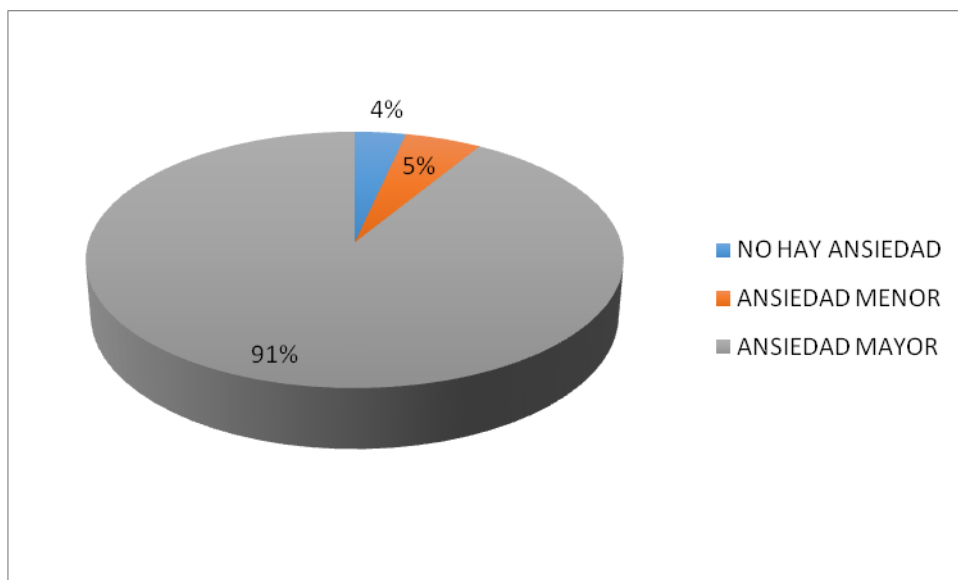
Fuente: Base de datos de estudio

Elaboración: Carolina Meneses

De la población estudiada 78,2% (n=86) fueron madres y tan solo el 21,8% (n=24) fueron padres. Estos resultados se da ya que la madre es quien pasa mas al cuidado de su hijos, en especial en los mas pequeños que requieren ser amamantados.

Gráfico N.-3

Distribución de casos según el nivel de ansiedad en la unidad de cuidados intensivos pediátricos

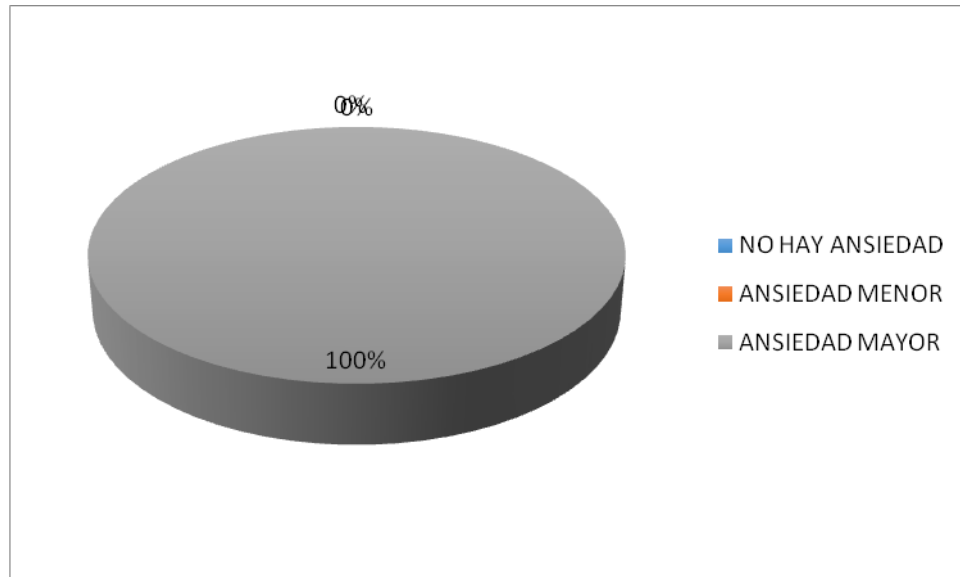


Fuente: Base datos de estudio
Elaborado por: Carolina Meneses

En la unidad de cuidados intensivos pediátricos los niveles de ansiedad de los padres fueron de 91,23 % (n=52) para ansiedad mayor o grave. 5,26 % (n=3) para ansiedad menor o leve y solo el 3,51 % (n=2) no tuvieron ansiedad.

Gráfico N.-4

Distribución de casos según el nivel de ansiedad en la unidad de cuidados intensivos neonatal



Fuente: Base de datos de estudio

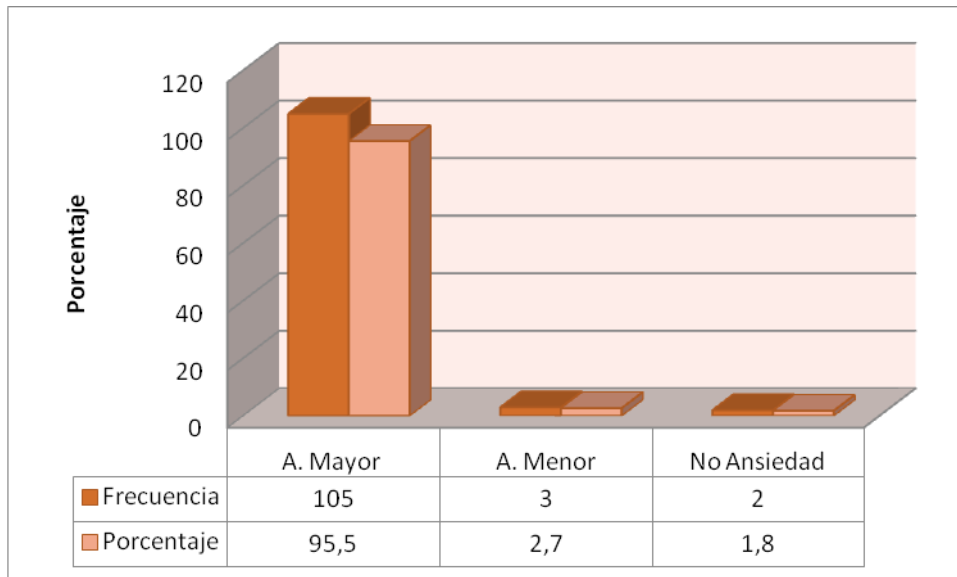
Elaborado por: Carolina Meneses

En la unidad de cuidados intensivos neonatales el 100% (n=53) de los padres presentaron niveles de ansiedad mayor.

3.6.2. ANALISIS INFERENCIAL

Gráfico N.-5

Distribución de casos según el nivel de ansiedad en la población total



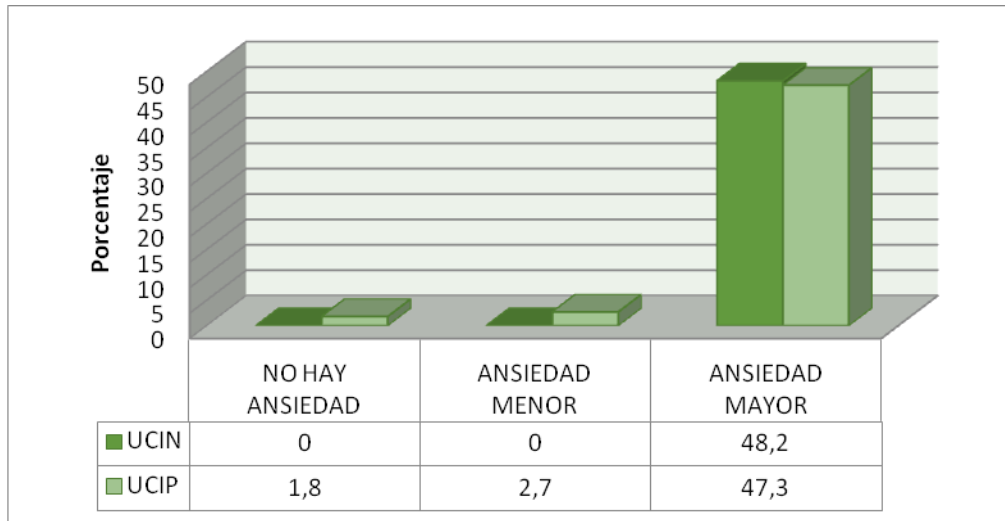
Fuente: Base de datos del estudio

Elaborado por: Carolina Meneses

Entre las dos unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatal, del cien por ciento de la muestra (n=110) se logró un nivel de ansiedad mayor en un 95,5%. (n=105); 2,7% (n=3) de Ansiedad menor y solo el 1,7% (n=2) de los padres, no presentaron ningún tipo de ansiedad, cabe destacar que estos últimos fueron padres de niños que ingresaban a la unidad de cuidados intensivos pediátricos, para apoyo en el posquirúrgico de cirugías programadas. $P=0.08$

Gráfico N. 6

Distribución de los niveles de ansiedad en las dos unidades de terapia intensiva pediátrica y neonatal.



Fuente: Base de datos del estudio

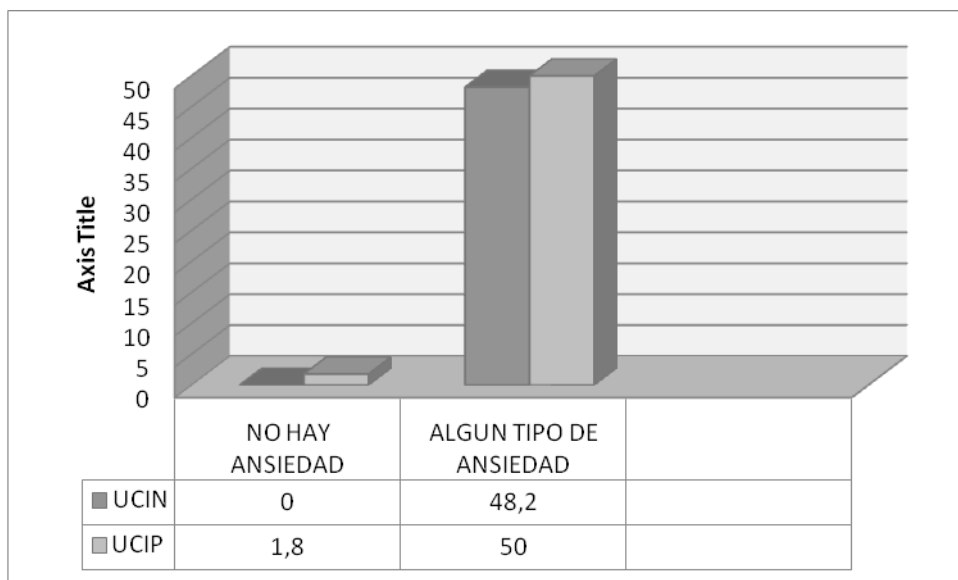
Elaborado por: Carolina Meneses

Los niveles de ansiedad en los 2 servicios mostraron:

Los padres de la UCIP presentaron 47,3% (n=52) de ansiedad mayor o grave; 2,7% (n= 3) de ansiedad menor y el 1,8% (n= 2) no presentaron ansiedad. Mientras que los padres de la UCIN presentaron el 48,2% (n=53) de ansiedad mayor, que es el total de su muestra.

Gráfico N.-7

Distribución de casos según la presencia o ausencia de ansiedad entre los dos servicios



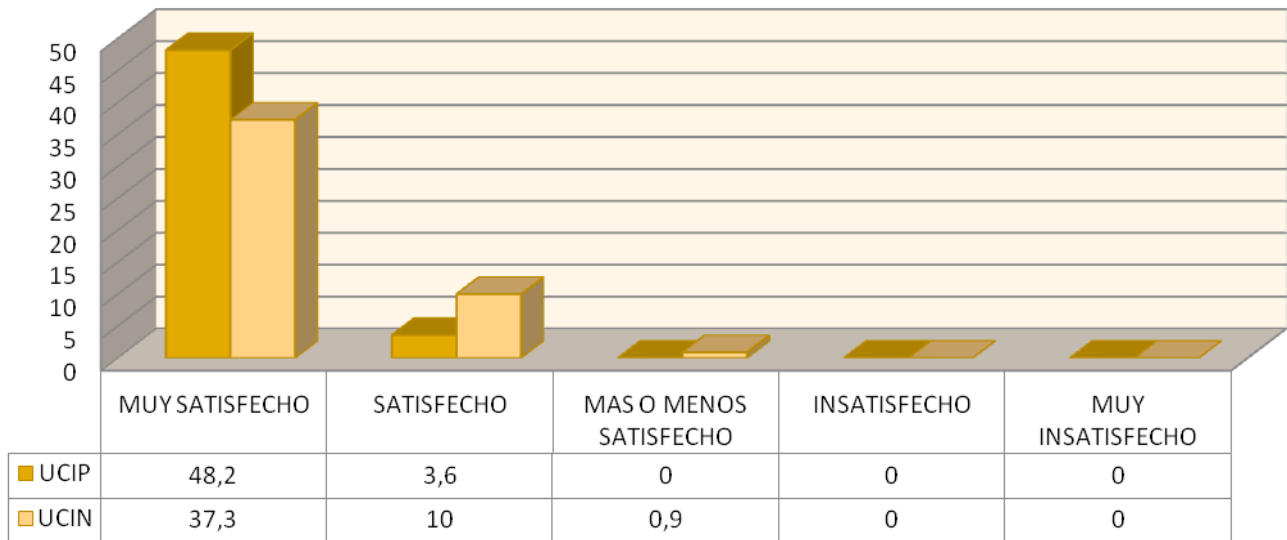
Fuente: Base de datos del estudio

Autor: Carolina Meneses

Al comparar entre las dos unidades de cuidados intensivos la diferencia de ansiedad, los resultados de este trabajo mostraron que no existe diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad de los padres de los dos servicios estudiados: En la unidad de cuidados intensivos neonatal el 48,2 % (n=53) mostraron algún tipo de ansiedad, mientras que el 50% (n=55) de padres de la unidad de cuidados intensivos pediátrica ($P>0,05$).

Gráfico N.-8

Distribución de casos según la satisfacción de los padres con el tiempo de permanencia junto a su hijo



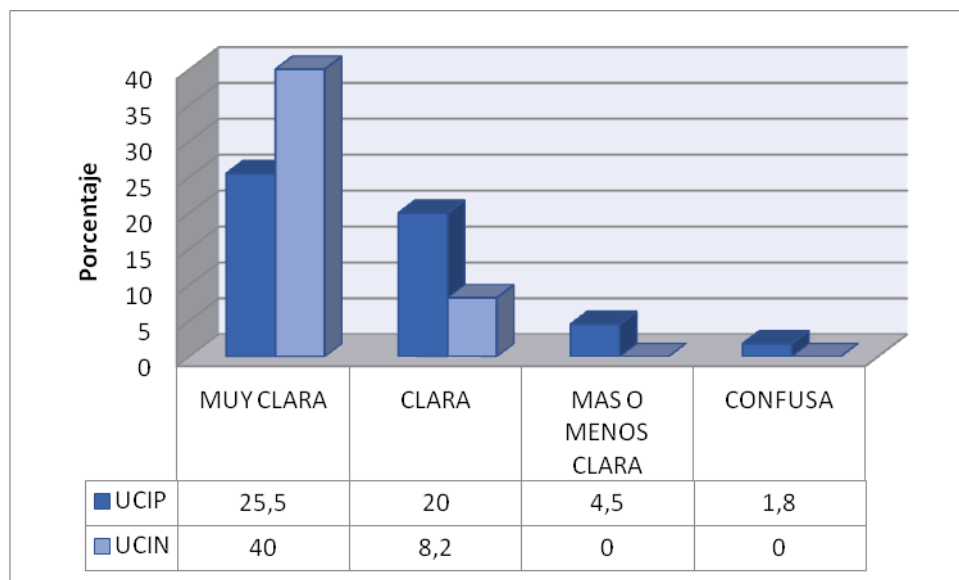
Fuente: Base de datos del estudio

Elaborador por: Carolina Meneses

En cuanto a la satisfacción que sintieron los padres con el tiempo que ellos podían permanecer junto a sus hijos durante el tiempo de hospitalización en los dos servicios podemos ver que en la unidad de cuidados intensivos neonatales, donde los padres tienen acceso a visitar a sus niño cada 3 horas, mostraron que el 37,3 % (n=41) se sintieron muy satisfechos. El 10% (n=11) se sintió satisfecho y el 0,9% (n=1) se sintió más o menos satisfecho. Por otro lado en la unidad de cuidados intensivos pediátrica donde no existe restricción en la hora de ingresos el 48, 2 % (n=53) de padres se sintieron muy satisfechos y solo el 3,6 % (n=4) se sintió satisfecho. En las dos unidades no se encontraron padres insatisfechos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos servicios con respecto a la satisfacción de los padres con el tiempo de permanencia con sus hijos ($P=0,059$)

Gráfico N.- 9

Distribución de casos según la calidad de la información médica recibida en las unidades de cuidados intensivos pediátrica y neonatal



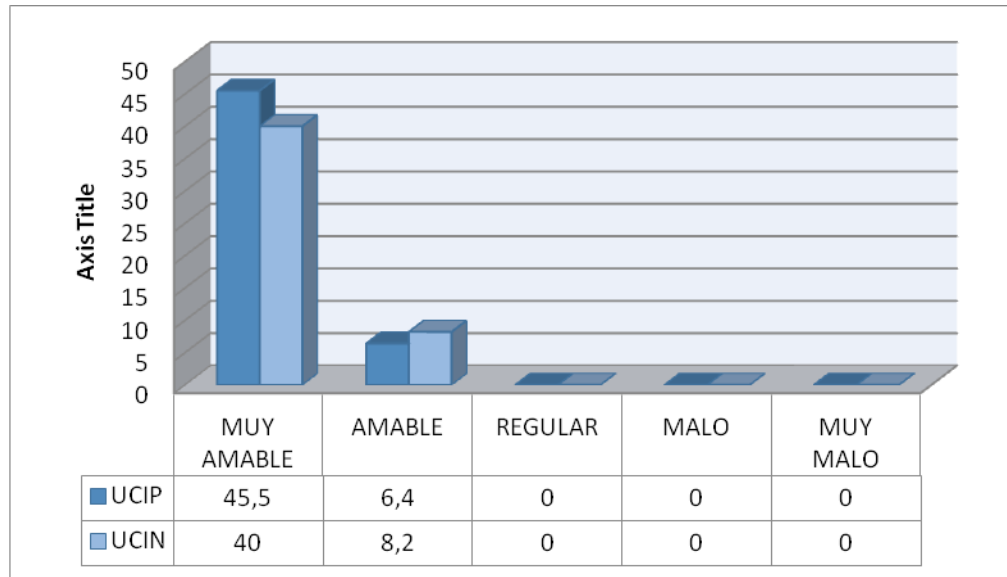
Fuente: Base de datos del estudio

Elaborado por: Carolina Meneses

En relación con la información proporcionada de parte de los médicos hacia los padres de familia durante la hospitalización de sus hijos en los dos servicios, la investigación muestra que la información fue mas clara en la unidad de cuidados intensivos neonatal, ya que el 40% (n=44) de padres correspondientes a esta unidad respondieron que la información recibida fue muy clara. El 8,2% (n=9) dijo que la información fue clara. En la unidad de cuidados intensivos pediátricos la información estuvo muy clara para el 25,5 % (n= 28) de padres de familia. Clara para el 20 % (n=22). Mas o menos clara para el 4,5 % (n=5) y confusa para el 1,8% (n=2). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos servicios con respecto a los niveles de ansiedad referido por los padres. (P=0.8)

Gráfico N.10

Distribución de casos según el trato recibido en las unidades de cuidados intensivos pediátrica y neonatal



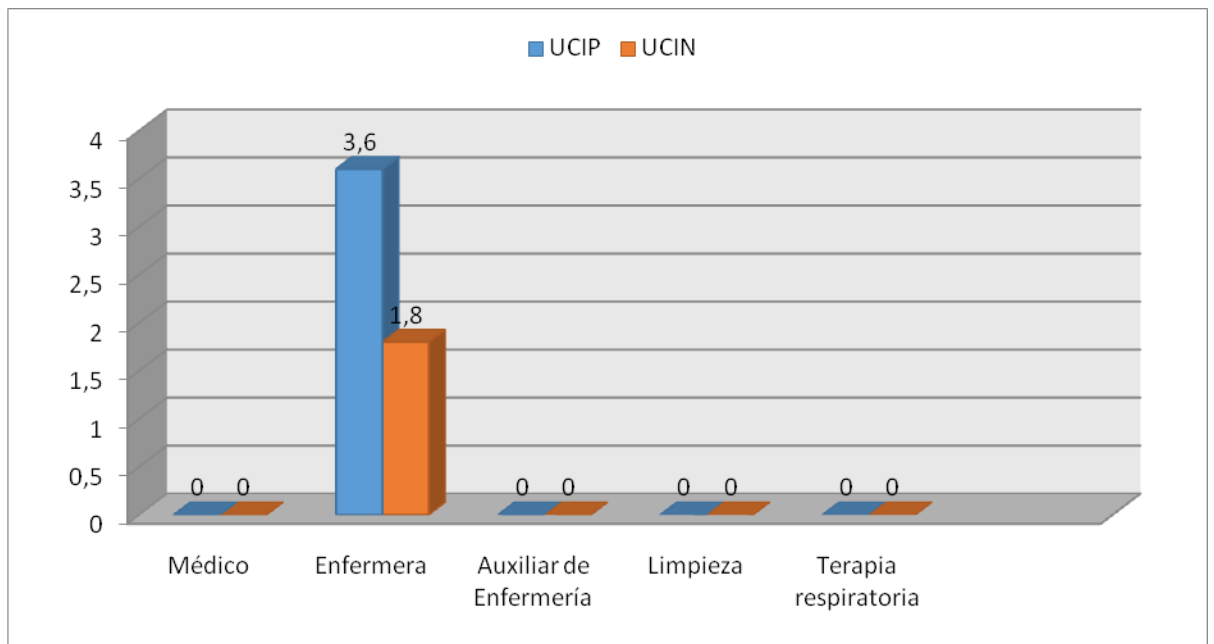
Fuente: Base de datos del estudio

Elaborado por: Carolina Meneses

La atención brindada en los dos servicios fue muy amable y amable sin mayores diferencias. El 45,5 % (n= 50) de los padres de la unidad de cuidados intensivos pediátrica refirieron haber recibido un trato muy amable y el 6,4% (n=7) indicaron un trato amable. En la unidad de cuidados intensivos neonatal el trato recibido fue muy amable para el 40% (n=44) de padres de familia y el 8,2 % (n=9) indicaron un trato amable. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos servicios con respecto a la atención brindada. (P=0.5)

Gráfico N. 11

Distribución de casos según la existencia de maltrato por parte de algún personal de salud a los padres de familia en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatal



Fuente: Base de datos del estudio

Elaborado por: Carolina Meneses

A la pregunta de si alguien en el servicio le proporcionó algún tipo de maltrato se observa que en los dos servicios el personal de enfermería proporcionó maltrato en el 1,8% (n= 2) de padres de la unidad de cuidados intensivos neonatal y al 3,6 % (n=4) en la unidad de cuidados intensivo pediátricos. Estas diferencias entre los dos servicios son estadísticamente significativas ($P=0,002$).

3.7. DISCUSIÓN

La muestra total de 110 padres de familia entrevistados, se distribuyó en 57 casos pertenecientes al área de Cuidados Intensivos Pediátricos y 53 al área de Intensivos Neonatal del Hospital de los Valles.

En este total, la presencia de las madres fue superior a la paterna con 78%, ello ocurre por razones de acercamiento de vínculo emocional, afectivo y corporal.

Conscientes de la alta incidencia de ansiedad en los padres al tener un hijo hospitalizado en cuidados intensivos como lo mencionan algunos estudios, esta investigación demostró que tan solo el 1,8% (n=2) de los padres no presentaron ningún tipo de ansiedad, estos datos están en relación a que sus hijos fueron ingresados en la unidad cuidados intensivos pediátricos como apoyo en el postquirúrgico inmediato de cirugía programada, siendo el diagnóstico escoliosis en los 2 casos.

Por lo tanto la incidencia de ansiedad que arroja esta investigación es del 98,2% (n=108), hallazgo considerablemente alto y relevante si comparamos con el estudio realizado por Pereira en el 2004, en el que obtuvieron 44% de ansiedad en madres de prematuros hospitalizados en la UCIN.⁶⁵

Por su parte Collados Gómez, muestra un 88,9% de ansiedad en los padres de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.⁶⁶

Ahora bien, al comparar la incidencia de ansiedad entre las dos unidades, UCIN versus UCIP, y que fue el principal objeto de este estudio; los resultados muestran

diferencias irrisorias ya que se encontró 48,2% (n=53) de ansiedad en los padres de cuidados intensivos neonatales y 50% (n=55) de ansiedad en los progenitores correspondientes a la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Lo que muestra que la ansiedad paterna es un problema latente en las unidades de cuidados intensivos de niños y que no respeta ni hace diferencia con la edad del hijo.

Esta ansiedad paterna en los cuidados intensivos presentó los siguientes niveles: grave 95,5% y menor 2,7%. Hallazgos que valen la pena considerar, ya que el rango para ser considerado ansiedad mayor o grave es según la escala de Hamilton con valores sumados mayores a 15 puntos; sin embargo en los padres considerados como ansiedad mayor o grave se obtuvo en su gran mayoría puntuaciones sobre los 30 puntos, es decir niveles tan altos como los encontrados en pacientes psiquiátricos.

Needle en un estudio realizado en el 2009 observó que los médicos no reconocen y minimizan los niveles de ansiedad de los padres, esto se puede traducir al trato o atención que el intensivista brinda a los patriarcas en las diferentes unidades de cuidados intensivos.⁶⁷

En lo concerniente al tiempo con el que los padres cuentan para estar con sus hijos internados en cuidados intensivos, el Hospital de los Valles ofrece turnos cada 3 horas para visitas en cuidados intensivos neonatales y para los pediátricos se cuenta con la amplitud de horario las 24 horas del día. Los padres de la UCIP se mostraron más satisfechos en un 48% con el horario de visitas que los padres del área neonatal con 37,3%. Sin embargo estos reportes no alteraron los niveles de ansiedad.

Otro aspecto a considerar incluye el relacionado con la calidad de la información médica, donde se encontró que en la UCIN el 40% de los padres aseguró haber recibido una información muy clara sobre el estado clínico y tratamiento a seguir con su hijo; en la UCIP el 25,5% tuvo la misma perspectiva.

En cuanto al trato recibido, todos los padres en los dos servicios informaron un trato muy amable en un porcentaje de 40% para UCIN y 45,5% para UCIP.

Pese a ello la última pregunta revela maltratos por parte del personal de salud en el área de enfermería. Los cuidados intensivos pediátricos revelaron mayores índices de maltrato que los neonatales, correspondientes al 3,6% y el 1,8% respectivamente. Influyendo estos datos directamente proporcional a los niveles de ansiedad de los patriarcas.

De este análisis los porcentajes que podrían ser mejorados con algunas propuestas que surgirán en la discusión, son los que no han alcanzado más del 50%. Los aspectos en los que hacemos hincapié son los relacionados al factor del tiempo de visitas en los cuidados intensivos neonatales, la calidad de la información suministrada a los padres en el momento de ser notificados sobre el estado de sus hijos y finalmente los maltratos recibidos por parte de las enfermeras en ambos cuidados intensivos, neonatal y pediátrico respectivamente, afectan en gran medida en los estados de ansiedad de los padres.

Es común que en otros áreas del hospital, los pacientes tengan derecho a recibir el acompañamiento de al menos un familiar hasta el día siguiente y el Hospital De Los Valles, no es la excepción proporcionando sábanas y un cómodo sillón-cama para

este propósito, pero ¿Por qué no ocurre lo mismo en los cuidados intensivos neonatales y pediátricos? A esta interrogante los siguientes autores contestan “Todas las plantas del hospital deben ser flexibles en su política de visitas con las familias siempre y cuando no interfieran en las funciones prioritarias del hospital o molesten al paciente. Incluso en la unidad de cuidados intensivos, donde las visitas suelen limitarse a 10 minutos cada hora, se debe permitir al cónyuge, hijo, padre o madre permanecer con el paciente durante períodos de tiempo más largos”.² Ante ello tal vez lo más idóneo resulte ofrecer un lugar de hospedaje en el mismo hospital para que padres que provengan de provincias no tengan mayores inconvenientes para visitar a sus hijos internados. Del mismo modo se comprende que el motivo para no permitir que familiares velen los sueños de los pacientes en cuidados intensivo neonatales y pediátricos es por situaciones relacionados con la necesidad de movilizar equipos y personal en caso de sufrir una caída repentina y requerir atención de suma urgencia. Esta situación junto con el solo hecho de visualizar al infante entubado, constantemente sometido a exámenes de sangre y con el latente temor de su inesperado fallecimiento, acelera los niveles de ansiedad, entonces por ello, los padres que se hallan en vulnerabilidad y presa de sentimientos de impotencia, con su actitud solo entorpecen la gestión médica.

El siguiente autor alude al modo de informar a los padres sobre la información del cuadro clínico de cada paciente. “Algunos problemas no generarán información diaria para incluir en el evolutivo del niño, no debe alentarse complementar los evolutivos con palabrería rutinaria que no aporta ninguna información: de igual forma, solo debe consignarse lo verdaderamente relevante respecto a cada problema”¹.

Por otro lado, otros autores sugieren sobre la importancia de transmitir los resultados a la familia reunida sobre las condiciones del paciente. “Manténgase regularmente en contacto con la familia durante sus visitas a los pacientes hospitalizados. Una forma eficaz de hacerlo es informar a la familia del momento en que piensa visitar al paciente cada día, y aconsejarles que estén presentes. Al mismo tiempo, podrá aprovechar la ocasión para comunicar al paciente y a su familia los resultados de los análisis y los planes que se seguirán”²

3.8. CONCLUSIONES

A través de esta investigación y luego de comparar los niveles de ansiedad en los padres en las dos unidades de cuidados intensivos tanto pediátrica como neonatal, podemos determinar que:

- No existen diferencias en los niveles de ansiedad entre los padres de los niños hospitalizados durante la primera semana entre las UCIN versus UCIP del Hospital de los Valles.
- Los niveles de ansiedad de los padres de los niños hospitalizados durante la primera semana en la unidad de cuidados intensivos pediátrica del Hospital de los Valles fueron de Ansiedad Mayor o Grave en un 91% y Ansiedad Menor en un 5%
- Los niveles de ansiedad de los padres de los niños hospitalizados durante la primera semana en la unidad de cuidados intensivos neonatal del Hospital de los Valles fueron de Ansiedad Mayor o Grave en un 100%
- Pese a que existe diferencia en lo relacionado con las horas de visitas en los dos servicios, esta diferencia no determinó modificaciones estadísticamente significativas en cuanto a los niveles de ansiedad.
- En las dos unidades de cuidados intensivos se proporcionó a los padres información muy clara sobre el estado de salud y tratamiento de sus hijos, lo que llevó a no alterar los niveles de ansiedad en sus antecesores.

3.9. RECOMENDACIONES

La meta de los profesionales de salud en las unidades de cuidados intensivos, además de tratar la patología de base de sus pacientes se debe enfocar a acciones del fomento de la unidad psicosomática formada por padres e hijos, con el fin de ayudar en la superación o en la reducción de los efectos de la ansiedad en los padres durante el proceso de la hospitalización de sus hijos en cuidados intensivos.

Existen cuatro necesidades indispensables en las familias de cuidados intensivos: cognitiva, emocional, social y práctica.⁵⁰ Todo pediatra intensivista, debe tener en cuenta la carga emocional por la que atraviesan los padres, comprender los sentimientos y sus diversas reacciones,⁴ y optar por acciones y medidas para brindar una atención mas integral y humana.

El ideal de formar unidades de cuidados intensivos de puertas abiertas donde se perciba que la familia no estorba sino que ayuda, donde los padres dejen de ser visitas y sean padres y puedan tocar y acariciar a su hijo de manera directa y no a través de un vidrio, donde además los papás se sientan útiles al ser partícipes de los cuidados necesarios de su hijo durante la hospitalización, es el beneficio que otorga este estudio.

Por otro lado se ha visto útil para disminuir la ansiedad de los padres el crear grupos de apoyo en los que participen padres que ya pasaron por la experiencia de tener a su hijo en cuidados intensivos, y donde los nuevos padres puedan compartir sus sentimientos.

Así mismo modificar la estrategia de comunicación entre los profesionales y los padres enriqueciendo las instancias de diálogo al adaptar el contenido y la forma del lenguaje a la etapa afectiva en que se encuentran estos.⁵²

Otra estrategia indispensable para combatir la ansiedad es el apoyo psicológico que se merecen los padres al pasar por esta situación, al permitir que ellos verbalicen sus sentimientos ya sean positivos y negativos; se promueve en ellos técnicas de afrontamiento para hacer frente al escenario que les toca vivir.

El método canguro, iniciado en 1978 en Colombia, surge como otra alternativa de cuidado en las unidades de cuidados intensivos neonatales, ya que disminuye costos y aumenta la satisfacción materna lo que favorece la humanización del cuidado, al patrocinar que la madre y el niño no se separen.⁵⁴

Es hora de romper barreras que existen sólo en nuestra mente, los beneficios serán de mayor impacto que los cambios requeridos, colaboraremos con el proceso de crianza de los recién nacidos, ayudaremos a disminuir la estadía de los pequeños pacientes en cuidados intensivos, sin lugar a dudas y en contraposición con la idea general de que el costo es mayor al beneficio, la propuesta tiene menor impacto económico ya que el equipamiento técnico que sustituye a la madre es mucho más caro que lograr alojamiento de ésta última.

Recordemos además que la atención del paciente nunca puede ser mejor que la calidad de los encuentros humanos individuales.”²³

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.
2. WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y El Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington,DC.20017,USA. 2013.pp5.
3. IESM-OMS: Informe sobre el sistema de salud mental en el Ecuador. Ministerio de Salud del Ecuador. Organización Panamericana de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de sustancias. Ecuador, 2008. Pp7
4. Gil PJM, Moreno P. Superar la ansiedad y el miedo: un programa paso a paso: Desclée de Brouwer; 7am edición. Murcia España. 2002. P.15
5. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México;.Secretaría de Salud, 2010 p 8
6. Esparcia AJ, Caparrós AT, Ruiz MA, Faja WH, Varón ER. Psicopatología clínica. En: Manel Andreu. Psicopatología. 1a ed. Barcelona: Editorial UOC, S.L.; 2011. P.51-258.
7. Perea-Batolomé MV, Ladera-Fernández V. El Tálamo: Aspectos Neurofuncionales. RevNeurol. 2004;38(7):687-693.
8. Sánchez-Navarro JP, Román F. Amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional. Anales de psicología. 2004;20(2): 223-240.
9. Valenzuela-Harrington M, Negrete-Díaz V, Rodríguez-Moreno A. Núcleo

Coeruleus. Neurotransmisores, Funciones y Patología. Anestesia en México. 2007; 19(3): 155-166

10. Telle Vargas J. La Noradrenalina. Su rol en la depresión. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2000; XXIX (1): 59-73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80629104>.
11. Gómez Gonzalez HG. Sistema Neuroanatómico y neuroquímico involucrados en la ansiedad. En: Singularidad. Neurofisiología, clínica y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. 2011. p. 6-33. Disponible en: http://cuartasingularidad.com/events/libro_trastorno_de_ansiedad.pdf
EQUATEQ. Salud y bienestar. Source: <http://www.equateq.com/fisiologia-ansiedad-a03626092.htm>
12. Golberh D, Kendler KS, Sirovatka PJ, Regier DA. Temas de investigación DSM-V: Depresión y trastornos de ansiedad generalizada: Editorial Médica Panamericana Sa de; 2011.
13. Gomez- Restrepo C, Hernández Bayona G, Rojas Urrego A, Santacruz Oleas H, Uribe Restrepo M. Psiquiatría Clínica Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. 3^{ra} ed. Colombia: Panamericana; 2008
14. Bobes-García J, Sáiz-Martinez PA, García-Portilla MP, Bousoño-García M. Trastornos de ansiedad . Medicine. 1999;7(106):4952-4962
15. Puga TF. Reseña histórica de la pediatría latinoamericana. RevSoc Bol Ped 2007; 46(3): 79-198.
16. Seelmann E Gunter. Apuntes de la historia de la pediatría. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2015 Abr 29] ; 76(3): 316-318. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000300013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062005000300013>.
17. Mesa GG. Anotaciones para una historia de la pediatría y la puericultura. Iatreia. 2006. 19 (3): 296-304

18. Parlamento Europeo. Carta europea de los niños hospitalizados. *Bol Pediatr* 1993; (34): 69-71
19. Rudolf M, Levene M. *Pediatrics and child health*. 2^{da} ed. Massachusetts:Blackwell publishing; 2006.
20. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson. Tratado de Pediatría. 18^{va} ed. España: Elsevier; 2009
21. Ministerio de Salud Pública: Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Programa Nacional de Atención a la Niñez y la Adolescencia, 2013
22. Rubiños MAI. Estrés, ansiedad y estilos de afrontamiento de padres con hijos internos en Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev. CSANT (México)*. 2012; 1(1):16-38. <http://www.citeach.org/web/revista-csant/vol1num1/estres-ansiedad-estilos/>
23. Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG. Neonatología: fisiopatología y manejo del recién nacido. 5^{ta} ed. Ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2001.
24. Vieira G. Matías. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. *Rev. chil. pediatr.* [revista en la Internet]. 2003 Mar [citado 2015 Mayo 03]; 74(2): 197-205. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062003000200009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062003000200009>.
25. Rodríguez-Jáuregui EK, Blanco-Montero A, Iglesias-Leboreiro J, Bernárdez-Zapata I, Rendón-Macías ME. Condición clínica a la hospitalización y relación con el ingreso a terapia intensiva pediátrica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014; 52(3):290-295
26. Unidad de cuidados intensivos Estándares y recomendaciones. Ministerio de sanidad y políticas social Madrid. 2010
27. Campos-Miño S, Sasbón JS, Von Dessauer B. Los cuidados intensivos pediátricos en Latinoamérica. *Med Intensiva*. 2012; 36(1):3-10
28. Dünser MW, Baelani I, Ganbold L. A review and analysis of intensive care medicine in the least developed countries. *Crit Care Med*. 2006; 34:1234-1242.
29. Martínez-Gertner M. Eficacia de una Breve Intervención Temprana Basada en la Evaluación del Desarrollo del Neonato Prematuro: Efecto sobre el estrés, la depresión y las percepciones maternas. Barcelona 2010

30. Fernández-Castillo A, López-Naranjo I. Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *Int J ClinHealthnPsychol*. 2006;6(3):631-645.
31. Rodríguez, L. (s.f.). Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil. Recuperado el 15 de abril 2007 del sitio web de la Universidad de Castilla-La Mancha de:http://www.uclm.es/profesorado/ricardo/Docencia_e_Investigacion/2/LuisRodriguez.htm
32. Alarcón-Márquez AJ. La comunicación en la relación de ayuda al niño enfermo. *Rev EspComunSalud*. 2014;5(1):64-75
33. Aldridge MD. Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit: One Unit's Experience. *CritCare Nurse* 2005;25:40-50
online<http://www.cconline.org>
34. Fernández G. PACIENTE PEDIATRICO HOSPITALIZADO. Departamento de Psicología Médica. Área Materno Infantil Facultad de Medicina. UDELAR
35. González-Villanueva P, Ferrer-Cerveró V, Agudo-Gisbert E, Medina-Moya JL. Los padres y la familia como parte del cuidado en cuidados intensivos de pediatría. *IndexEnferm* [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2015 Mayo 07] ; 20(3): 151-154. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200003&lng=es.
36. Alfaro-Rojas AK, Atria-Machuca RP. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. *Rev. Ped. Elec. [en línea]* 2009;6(1):ISSN 0718-0918 41
37. Silva-Panez G. Percepciones y vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios. Un estudio cualitativo en el marco de la pedagogía hospitalaria. FundaciónTelefónicaEducared. 2011
38. Estalayo Martín LM. ¿Qué significa ser buen padre?. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2010;30(107):419-436.
39. Vargas J, Ibáñez J. Solucionando los problemas de pareja y familia: fundamentosteóricos y alternativas de solución a los conflictosdesde la perspectiva. 4ta ed. México: Editorial Pax México;2006.
40. Morrison GS. Educación Infantil. 9^{na} ed. Madrid: Perarson Prentice; 2005.
41. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *IndexEnferm* [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2015 Abr 30] ; 18(1): 32-36. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-

42. González-Villanueva P, Ferrer-Cerveró V, Agudo-Gisbert E, Medina-Moya JL. Los padres y la familia como parte del cuidado en cuidados intensivos de pediatría. *IndexEnferm* [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2015 Mayo 07]; 20(3): 151-154. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200003&lng=es.
43. Corba JM, Garavito DM, Medina AM. Participación de los padres, durante su vista diaria, en el cuidado básico de su hijo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo pediátrico del Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca. Universidad de la Sabana. Bogotá.2010.
44. Rolland JS. Chronic Illness and the Life Cycle: A Conceptual Framework. *FamProcess*. 1987;26(2):203-221.
45. Vera-Noriega JAV, Morales-Nebuay DK, Vera-Noriega C. Relación del desarrollo cognitivo con el clima familiar y el estrés de la crianza. *Psico-USF*. 2005;10(2):161-168
46. Arenas-Lagos YL, Salgado-Rozo CY, Eslava-Albarracin DG. Vivencia de los padres de niños hospitalizados en la unidad de recién nacidos de dos instituciones de salud de la ciudad de Bogotá. *Actual. Enferm*. 2005;8(2):8-13.
47. Rossel CK, Carreño T, Maldonado ME, Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. *Rev. chil. pediatr.* [revista en la Internet]. 2002 Ene [citado 2015 Mayo 03] ; 73(1): 15-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000100004>
48. Vieira GM. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. *Rev. chil. pediatr.* [revista en la Internet]. 2003 Mar [citado 2015 Mayo 03] ; 74(2): 197-205. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062003000200009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062003000200009>
49. Rossel CK, Carreño T, Maldonado ME. Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados.Un mundo desconocido. *Rev. chil. pediatr.* [revista en la Internet]. 2002 Ene [citado 2015 Mayo 03] ; 73(1): 15-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000100004>

41062002000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000100004>

50. Pardavilla-Belio MI, Vivar CG. Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature. *Enferm Intensiva*. 2012;23(2):51-67
51. Gonzalez-García M. Nivel de ansiedad y depresión en padres con hijosingresados en la UCI Neonatal tras una intervención enfermera. Universidad de Oviedo.España. 2012
52. Rossel CK, Carreño T, Maldonado ME. Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados.Un mundo desconocido. *Rev. chil. pediatr.* [revista en la Internet]. 2002 Ene [citado 2015 Mayo 03] ; 73(1): 15-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000100004>
53. Vieira GM. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. *Rev. chil. pediatr.* [revista en la Internet]. 2003 Mar [citado 2015 Mayo 03] ;74(2):197-205. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062003000200009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062003000200009>.
54. LucchiniRaies C, Márquez Doren F, Uribe Torres Claudia. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *IndexEnferm* [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2015 Mayo 03] ; 21(4): 209-213. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007&lng=es
55. Preyde M, Ardal F. Effectiveness of a parent “buddy” program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *CMAJ*. 2003;168 (8):969-973
56. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit.*J PerinatEduc*. 2009; 18(3):23-29
57. Bohórquez CG. Cuidado de enfermería al vínculo de apego a padres y recién nacidos hospitalizados en las unidades de cuidado neonatal. *Av.enferm*. 2010;17(1-2):82-88

58. Cardigni G. Relación médico-familia ante la muerte de un niño en Terapia Intensiva Pediátrica: no alcanza con buenas intenciones. Arch. argent. pediatr. (on line) Buenos Aires. 2008; 106(6):487-489. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752008000600002&lng=es&nrm=iso

59. Garrafa V, Albuquerque MC. Enfoque Bioético de la Comunicación en la relación médico-paciente en las unidades de terapia intensiva pediátrica. Acta bioeth. [revista en la Internet]. 2001 [citado 2015 Mayo 01] ; 7(2): 355-367. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2001000200014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2001000200014>

60. Fernández, A & López, I.(2006, 22 de Marzo). Estrés en padres e hijos en la hospitalización infantil . Infocoponline: Revista de Psicología. Recuperado el 10 de Mayo 2007 de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=686&cat=38

61. Arenas YL., Salgado CY., Eslava DG. Vivencia de los padres de niños hospitalizados en la unidad de recién nacidos de dos instituciones de salud de la ciudad de Bogotá. Actual. Enferm. 2005;8(2):8-13.

62. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. IndexEnferm [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2015 Abr 30] ; 18(1): 32-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es

63. González Villanueva P, Ferrer Cerveró V, Agudo Gisbert E, Medina Moya JL. Los padres y la familia como parte del cuidado en cuidados intensivos de pediatría. IndexEnferm [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2015 Mayo 07] ; 20(3): 151-154. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200003&lng=es.

64. Solá C, Aluja M, Guix J, Nualart L. Mejora de la información y comunicación sistemática a pacientes y familiares de una unidad de cuidados intensivos. Rev Calidad Asistencial en Medicina Intensiva. 1996;11:91-95.

65. Pereira-Padovani FH, Martins-LinharesMB, Vita-Carvalho AE, Duarte G, Martinez FE. Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. Rev Bras Psiquiatr 2004;26(4):251-4

66. Collados GL, Jara CT, Sánchez-Alarcos DL, Calderari FE, Rodríguez QA. Hospitalized children's parents' anxiety in critical care units. *Rev Enferm*. 2012;35(2):42-47.
67. Needle JS, O'Riordan M, Smith PG. Parental anxiety and medical comprehension within 24 hrs of a child's admission to the pediatric intensive care unit. *PediatrCritCareMed*. 2009;10(6):668-674.
68. Susan DTL, Campbell DB. Orientación Familiar En Atención Primaria Manual Para Médicos De Familia Y Otros Profesionales De La Salud. EE.UU: Springer; 1998; p. 377

5. ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información

Introducción:

La ansiedad es una reacción emocional común en la especie humana. Sin embargo, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativos en determinadas situaciones; transformándose en una reacción patológica.

Para los padres no hay peor situación que vivir una enfermedad grave de sus hijos, que comprometa su vida y la posibilidad de ser separado de ellos durante la hospitalización en las unidades de cuidados intensivos.

Propósito

El propósito del estudio es determinar los niveles de ansiedad en los padres de niños hospitalizados en las unidades de terapia intensiva tanto neonatal como pediátrica, y los factores asociados que pueden aumentar o disminuir dichos niveles, como el tiempo de permanencia de ellos con sus hijos, la interacción que mantengan con los pacientes durante la hospitalización, la información médica proporcionada y el trato que ellos reciben del personal de salud.

Duración:

Se realizará la entrevista-encuesta a los padres durante la primera semana de hospitalización de sus hijos.

Selección de participantes y participación voluntaria:

Se solicita a usted como representante de su hijo (a) para participar en el estudio que selecciona a los padres de niños hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos pediátrica y neonatal.

Participación voluntaria:

Al ser usted representante legal de su hijo tiene libertad de aceptar participar en el estudio y poder retirarse del mismo.

Efectos secundarios, riesgos y molestias para el paciente: ninguna
Beneficios: El resultado de la investigación servirá para mejorar la atención brindada de parte del personal de salud, en especial médico, hacia los cuidadores primarios y/o padres de los niños hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos y de esta

forma no contribuir con incrementos de los niveles de ansiedad frente a la situación que atraviesan, repercutiendo esto en la mejora del lazo padre-hijo y por tanto en la recuperación del paciente.

Confidencialidad:

Se guardará confidencialidad de los datos y la Investigación no representa ningún riesgo para el paciente.

Financiamiento:

Es un estudio para optar el título de médico pediatra por parte de la investigadora. No existe ninguna relación de lucro con casas comerciales, el trabajo es netamente científico.

Consentimiento

Como representante legal, he sido invitado a participar en la investigación entendiendo que no representa ningún riesgo para mi hijo(a). He sido informado de los beneficios del estudio para el resto de pacientes.

He leído la información proporcionada y se me ha explicado verbalmente en que consiste el estudio. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación en cualquier momento sin que esto repercuta en los cuidados médicos correspondientes.

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Representante: _____

Firma del Representante: _____

Fecha: _____

A quién contactar:

Cualquier inquietud contactarse con:
Carolina Ximena Meneses Cañizares,
Médica Egresada de Pediatría PUCE
e-mail: caroximeneses@yahoo.es@hotmail.com
Teléfono celular: 0987061970

ANEXO 2.
ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

UNIDAD: UCIN _____ **FECHA:** _____
UCIP _____

USUARIO: Madre _____ Padre _____ Cuidador primario _____

SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas Respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4

11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdidas de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.	0	1	2	3	4

ANEXO 3.
ENCUESTA DE INFORMACION PARA MEDIR EL INDICADOR DE CALIDAD Y CALIDEZ DEL TRATO Y LA INFORMACION MEDICO-PACIENTE, EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL Y PEDIATRICA DEL HOSPITAL DE LOS VALLES

UNIDAD: UCIN _____ **FECHA:** _____
UCIP _____

TURNO: Mañana _____ **GENERO:** Masculino _____
Tarde _____ Femenino _____
Noche _____

1. Usuario al que se le aplica el cuestionario:

- a) Padre del paciente
- b) Madre del paciente
- c) Cuidador primario

2. Cómo quedó usted con el tiempo que permaneció junto a su hijo(a)?

- a) Muy satisfecho
- b) Satisfecho
- c) Mas o menos satisfecho
- d) Insatisfecho
- d) Muy insatisfecho

3. El médico le explicó sobre el estado de salud de su hijo(a)?

- a) Si
- b) No

4. El Médico le explicó sobre el tratamiento que se seguirá con su hijo(a)

- a) Si
- b) No

5. La información que le proporcionó el médico. Cómo la consideró usted?

- a) Muy clara
- b) Clara
- c) Regular
- d) Confusa
- e) No recibió información

6. El trato que recibió usted en esta unidad fue...

- a) Muy bueno
- b) Bueno
- c) Regular
- d) Malo
- e) Muy malo

7. En qué área del servicio considera usted que el personal le dio mal trato?

- a) Médica
- b) Enfermería
- c) Auxiliar de Enfermería
- d) Limpieza
- e) Terapia respiratoria

